Nr. 47. 19. listopada 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. LASKOWNICKI STANISŁAW,
Dr. MOSTOWY JERZY, asystenci klin. chirurg. Lwów.

Zastosowanie nowego roztworu jodowego w leczeniu ran.

Z zakładu higjeny i bakterjologji. Kierownik: Doc. Dr. Z. Steusing i z Kliniki chirurgicznej Uniw. J. Kazimierza we Lwowie Dyrektor prof. dr. H. Schramm.

Z początkiem roku 1921 ogłosił Pregl pracę o nowym roztworze jodu, polecając go do zastosowania w leczeniu ran.

Roztwór ten, na wzór płynu Carell Dakina, który w obecności ciał organicznych wydziela wolny chlor — wydziela wolny jod w obecności kwasów.

Wydziela się więc wolny jod w obecności słabych kwasów organicznych, wytwarzanych przez drobnoustroje pasorzytujące w jamie ustnej, wydziela się w obecności kwasu mlekowego, znajdującego się w mięśniach, a nawet, zdaniem Pregla, wydziela się z jego roztworu wolny jod w obecności kwasu węglowego znajdującego się we krwi. Nie wydziela się natomiast wolny jod w coraz to nowych ilościach z roztworu Pregla w obecności 2—3% roztworu kwasu borowego, kwas ten bowiem jest kwasem słabo zdyssocjonowanym. Zaletą płynu Pregla ma być, poza jego odkażającem działaniem, to, że nie drażni on tkanek, ani błony śluzowej. Płyn Pregla jest roztworem wodnym jodu, zawierającym, obok kationów sodowych, aniony jodowe, aniony jodanowe, a jako czynnik bakterjobójczy, wolny jod w ilości 0,035—0,04% i jony kwasu podjodawego.

Mamy więc w płynie tym wolny jod, oprócz tego zaś mamy magazyn związanego jodu w postaci jodanów, z którego to magazynu, w obecności słabych nawet kwasów organicznych, wydzielają się wciąż nowe ilości wolnego jodu.

Skład tego płynu jest tego rodzaju, że nie uszkadza tkanek i soków ustroju dzięki temu, że osmotyczne ciśnienie i oddziaływanie płynu (obojętne) odpowiadają prawie zupełnie ciśnieniu i oddziaływaniu w tkankach i sokach ustroju. Płyn ten rozkłada się i traci swe własności przez ogrzanie. wyjaławiać go nie trzeba, bo jest płynem odkażającym, traci również swe własności na wolnem powietrzu, przechowywać go też trzeba we flaszkach szczelnie zamkniętych (korek z parafiną). Roztwór Pregla zaczęto szeroko stosować w Niemczech, najpierw w cierpieniach jamy ustnej, później w ginekologji przy zapaleniach pęcherza moczowego, w leczeniu ropni w zagłębieniu Douglasa przez wypuszczenie ropy drogą nakłucia i następowe częściowe wypełnienie jamy otorbionego ropnia płynem Pregla i w leczeniu zakażenia rzerzączkowego jamy macicy.

Zaczęto następnie używać płynu tego w leczeniu ran ropiejących, tamponowano rany gazikami, w nim maczanemi, gdzie warunki gojenia się były niekorzystne względnie wątpliwe, po przepłukaniu nim jamy otrzewnowej, zostawiano 40—50 ccm płynu Pregla w jamie brzusznej tam, gdzie przewód pokarmowy został podczas operacji otwarty, obmywano nim miejsca szwów jelitowych, używano go do leczenia ropnego zapalenia otrzewnej, wreszcie zaczęto go stosować w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, gdzie zresztą okazał się środkiem zupełnie bezskutecznym i zaczęto wstrzykiwać płyn Pregla śródżylnie. Wyniki lecznicze, uzyskane przez stosowanie płynu Pregla chwalą wszyscy, z różnych jednak wyliczanych pochwał i zalet tego środka wyłaniają się pewne wątpliwości.

I tak, gdy sam Pregl twierdzi w jednem miejscu, że płyn jego nie uszkadza tkanek i soków w ustroju dzięki temu samemu ciśnieniu osmotycznemu i oddziaływaniu, stwierdza w drugiem miejscu, że po dodaniu do niego małej ilości ropy lub surowicy krwi oddziaływanie, jakie daje jod (skrobia), znika z tego płynu.

Wiemy o tem, że płyn Pregla zawiera małe ilości wolnego jodu, wiemy, że wolny jod posiada dużą skłonność do łączenia się z białkiem, wiemy, że jod jest środkiem ścinającym białko — czy też małe ilości wolnego jodu zawartego w płynie Pregla białka, choć w małym stopniu i w nieznacznych ilościach nie ścinają i czy tem nie należałoby wytłumaczyć znikania wolnego jodu z tego płynu po dodaniu doń ropy lub surowicy?

Gdy dodamy do płynu Pregla równą ilość płynu z opuchliny jamy brzusznej, płyn odbarwia się zupełnie, przybierając lekko mleczno opalizującą barwę, staje się też lekko mętny i daje po 24 godzinach bardzo nieznaczną ilość osadu w próbówce. Dalej za tem, że płyn Pregla jednak trochę, drażni, a może nawet, choć w niewielkim stopniu, białko strąca, przemawiają następujące fakta. Wstrzykiwania śródżylne, jak podaje większość autorów, są pozbawione wszelkiego niebezpieczeństwa, Hohlbaum [10]) zaś opisuje przypadek śmierci z powodu zakrzepu tętnicy płucnej po wstrzyknięciu 40 cm^3 płynu tego do żylaków w obrębie żyły odpiszczelowej. Gdy jedni twierdzą [4]), że płyn Pregla nie wywołuje zakrzepu w naczyniach, nie uszkadza błony wewnętrznej naczynia, a gdy tworzą się zakrzepy, odnieść to należy do urazowego uszkodzenia śródbłonka naczyniowego przez wstrzyknięcie lub do zmian, jakie były w naczyniu już przedtem — inni twierdzą, że płyn Pregla wywołuje zarastające zapalenie zakrzepowe żył [9]) i przedstawiają preparat żyły, wypełnionej na długiej przestrzeni zakrzepami, po wiewielokrotnych wstrzykiwaniach tego płynu. Z jednej więc strony wstrzykuje się dziś płyn Pregla śródżylnie, jako środek nieszkodliwy, z drugiej strony poleca się go jako doskonały środek do leczenia żylaków przez wywoływanie w nich zakrzepów i zarośnięcie światła naczynia i poleca się go jako środek do tamowania krwotoków żylnych, przez wstrzyknięcie go do krwawiącego naczynia [6]) i wywołanie w niem przez to zakrzepu.

Ponieważ do niedawna trudno było otrzymać u nas oryginalny płyn Pregla, skład zaś jego nie został podany, stosowaliśmy na polecenie prof. Schramma płyn, który fabryka chemiczna Laokoon wyrabia pod nazwą *solutio jodico-jodata* w dwu stężeniach P_4 i P_5, a który zawiera, obok chlorku sodowego, zapewniającego izotonię płynu, jodan potasowy i jodek sodowy, zakwaszone kwasem węglowym. Płyn ten ma własności podobne jak płyn Pregla, wyzwala za dodaniem słabych kwasów wolny jod, który znów znika po zalkalizowaniu, i daje się napowrót wywiązać przez dwutlenek węgla. Płyn ten jest wyrabiany w dwu stężeniach, z których pierwsze P_4 zawiera w 100 ccm płynu 72 mg wolnego jodu, a może wydzielić 360 mg wolnego jodu z magazynu jodu, związanego w postaci jodanów. Płyn P_4 nadaje się do leczenia ran.

Płyn P_5 zawiera w 100 ccm 30 mg wolnego jodu, może wydzielić 127 mg wolnego jodu. Płyn P_5 może być użyty, podobnie jak płyn Pregla, do płukań pęcherza moczowego. Można go też stosować i śródotrzewnowo.

Chemicznie zachowują się oba płyny zupełnie podobnie jak płyn Pregla z tą różnicą jedynie, że płyn P_4 zawiera o wiele więcej jodu wolnego i ma większy magazyn jodu. Płyn P_5 pod względem stężenia i ilości jodu jest zupełnie podobny do płynu Pregla. Za dodaniem kwasu do tych płynów, wydziela się wolny jod, zabarwiając je bardziej na brunatno. Po dodaniu zasady płyn odbarwia się zupełnie, by po dodaniu odpowiedniej ilości kwasu znów wrócić do dawnego zabarwienia, znów wydzielając wolny jod.

Wskutek tych właściwości płyny te nie będą zawierać

wolnegojodu w miejscach więcej alkalicznych ustroju, w miejscach kwaśniejszych będzie się z nich wydzielał wolny jod.

Płynów powyższych nie można zostawiać na wolnem powietrzu (umieszczone w ciemnych flaszkach znajdują się w atmosferze CO_2), bo wówczas kwas węglowy uchodzi, płyny przyjmują oddziaływanie zasadowe, wolny jod ulega utajeniu i płyny się odbarwiają.

Z płynami temi przeprowadziliśmy doświadczenia, mające za zadanie określić ich siłę bakterjobójczą, i porównaliśmy ich działanie z działaniem oryginalnego płynu Pregla. Działaniu płynów poddawaliśmy gronkowce złote, zasuszone na granatkach, poczem zobojętnialiśmy działanie ich przez opłukanie granatków w 1%-owym rozczynie tiosiarkanu sodowego, opłukiwaliśmy je w jałowym rozczynie fizjologicznym soli kuchennej i rzucaliśmy je na pożywkę (agar skośny) i spostrzegaliśmy przez 10 dni.

Działanie płynu Pregla na gronkowce.

Sposób postępowania:

1) płyn badany, 2) tiosiarkan sodowy, 3) tiosiarkan sodowy, 4) płyn fizjologiczny, 5) płyn fizjologiczny.

Czas działania	po 1 dniu	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0'	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
20'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
45'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie płynu P_4 na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5'	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie płynu P_5 na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5'	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie płynu Pregla + ascites na gronkowce.

Sposób postępowania jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Działanie płynu P_4 + ascites na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	—	+
2 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Działanie płynu P_5 + ascites na gronkowcę.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Cz. dz. oznacza czas działania badanego środka na drobnoustroje.

Liczby od 1—10 ilość dni obserwacji.

Liczby przy + oznaczają ilość wyrosłych kolonij.

Badanie przeprowadziliśmy z płynem Pregla świeżo otrzymanym z apteki.

Jak okazuje się z tych doświadczeń, płyn Pregla zabija gronkowce po upływie 45', płyn P_5 po upływie 15',

płyn P_4 po upływie 10 minut. Płyn P_5 dlatego działał może silniej bakterjobójczo, niż płyn Pregla, bo był świeższy.

Wszystkie trzy płyny w obecności płynu białkowego o oddziaływaniu zasadowem (ascites), który dodawaliśmy w równej ilości, tracą zupełnie swą siłę bakterjobójczą przez to, że wolny jod ulega utajeniu, co wyraża się przez natychmiastowe zupełne odbarwienie się tych płynów po dodaniu płynu z opuchliny jamy brzusznej.

By naśladować do pewnego stopnia warunki, w jakich znajdują się roztwór Pregla i płyny P_4 i P_5 w organizmie żywym, po wstrzyknięciu np. w mięśnie—zrobiliśmy następujące doświadczenia: Do 10 cm^3 płynu z opuchliny jamy brzusznej dodawaliśmy 2·5 cm^3 jałowego kwaśnego fosforanu potasowego (mniej więcej roztwór 10 KH_2PO_4), który ma w tem rozcieńczeniu koncentrację jonów wodorowych 10^6 t. zn. mniej więcej taką, jaka jest w mięśniu. Do tego dodawaliśmy 10 · cm^3 badanego płynu i działaniu tej mięszaniny, utrzymującej słabo kwaśną reakcję do końca doświadczenia, poddawaliśmy granatki ze zasuszonemi gronkowcami.

Wszystkie trzy płyny w obecności KH_2PO_4 z równą ilością ascites nie odbarwiają się już tak silnie, jak po dodaniu samego ascites, co jest dowodem, że stale wolny jod w małych ilościach wydzielają. Pozostają lekko żółto zabarwione jeszcze po 24 godzinach.

Działanie 10 cm^3 płynu Pregla + 10 cm^3 ascites + 2·5 cm^3 KH_2PO_4 na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+35	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+32	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+12	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	—	+7	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie 10 cm^3 płynu P_4 + 10 cm^3 ascites + 2.5 cm^3 KH_2PO_4 na gronkowce.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	—	+3	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	—	+5	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Ostatnie trzy tablice przedstawiają działanie wszystkich trzech płynów w obecności płynu z opuchliny jamy brzusznej w warunkach jednak, których wydziela się wolny jod. Najsilniejszy w działaniu płyn P_4 zabija gronkowce po trzech godzinach działania. Sol. Pregl i Płyn P_5 wywierają już po dwu i trzech godzinach działania, wyraźne d z i a ł a n i e w s t r z y m u j ą c e r o z w ó j d r o b n o u s t r o j ó w, zabijają je jednak dopiero po upływie 24 godzin.

Po ukończeniu doświadczeń *in vitro* wykonaliśmy doświadczenia na zwierzętach w ten sposób, że po odpreparowaniu płatu skórnego na grzbiecie królika cięciem łukowatem i po przecięciu powięzi, wcieraliśmy w odsłonięte mięśnie oczko hodowli agarowej gronkowca złotego, wyhodowanego z dłuższy czas trwającego ropnia. W minutę później wycieraliśmy ranę dokładnie przez ½ minuty gazikiem napojonym odpowiednim płynem, ranę przykrywaliśmy takim samym paskiem gazy, tak,

Działanie 10 cm^3 płynu P_5 + 10 cm^3 ascites + 2·5 cm^3 KH_2PO_4 na gronkowce.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+23	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+11	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+18	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	—	+3	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	—	+4	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

że wystawał z obu stron podstawy płata skórnego i przytwierdzaliśmy płat ten nad sączkiem, na swojem miejscu paru szwami węzełkowemi. Po 24 godzinach sączki usuwaliśmy.

Doświadczenia przeprowadziliśmy z płynem Pregla, płynami P_4 i P_5, a dla porównania z 5%-ową nalewką jodową i rozczynem sublimatu 1:1000. Zwierzę kontrolne miało ranę zakażoną w ten sam sposób, wytartą jałowym fizjologicznym rozczynem soli kuchennej. Po usunięciu sączka, zauważyliśmy u wszystkich zwierząt nieco surowiczej wydzieliny przyrannej, po upływie pięciu dni rany zgoiły się doraźnie bez śladu ropienia.

Wobec tak dodatniego wyniku i wobec tego, że rana zwierzęcia kontrolnego również szybko się zgoiła, musieliśmy przypuszczać, że użyte drobnoustroje były bardzo mało zjadliwe i z tego powodu przeprowadziliśmy z temi samemi płynami i w ten sam sposób jeszcze raz doświadczenia, robiąc cięcie proste, aż do mięśni — wcieraliśmy jednak oczko hodowli agarowej gronkowca złotego wyhodowanego w przeciągu 24 godzin ze świeżo naciętego czyraka, przypuszczając, że szczep ten będzie jadowitszy.

W tej drugiej serji wynikiem doświadczeń wykonanych było powstanie ropni u zwierząt, gdzie użyliśmy do odkażenia rany sublimatu, płynu Pregla, płynu P_5 i rozczynu fizjologicznego soli. Ropnie wielkości orzecha włoskiego, powstałe w dwa dni po usunięciu sączka, wypełnione były gęstą, żółtą, ropą zawierającą liczne gronkowce.

U zwierząt, których rany oczyściliśmy nalewką jodową (seton z gazy jodoformowej) lub płynem P_4 ropienie było nieznaczne i rany zagoiły się per secundam w 7—8 dni. U zwierząt, u których użyliśmy innych płynów ropienie trwało ponad trzy tygodnie i wywołało martwicę części powięzi.

Doświadczenia na zwierzętach przeprowadziliśmy dlatego z gronkowcami, a nie z prątkami tężca, jak to uczynił P r e g l, gdyż chodziło nam o przekonanie się o sile bakterjobójczej, względnie o przeciwgnilnem działaniu badanych płynów w ramach ropiejących, gdzie najczęściej spotykamy najodporniejsze ze wszystkich drobnoustrojów ropotwórczych, niezarodnikujących gronkowce. Powtóre lasecznik tężca jest nie wiele odporny na środki odkażające, a już specjalnie mało odporny jest na działanie jodu (dlatego też nalewka jodowa jest polecana, jako ochronnie działająca, na ranę przed zakażeniem tejże tężcem.

Z doświadczeń tych okazuje się, jak trudne do wyjałowienia są głębsze, zanieczyszczone rany, najsilniejszemi nawet środkami odkażającemi.

Okazuje się dalej, jak trudnem jest wyciąganie wniosków z doświadczeń przeciwgnilnych, przeprowadzanych na zwierzęciu. Wynik takiego doświadczenia zależy przedewszystkiem od jadowitości użytego szczepu, a ta jest ilością niestałą.

O wiele ściślej można określić siłę bakterjobójczą badanego środka in vitro i te doświadczenia, przez to, że dadzą się o wiele ściślej i dokładniej przeprowadzić, są bardziej miarodajne.

W każdym razie z doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach wysnuć możemy następujące wnioski:

1. Płyn P_4 jest znacznie silniej bakterjobójczy, niż płyn Pregla, ma silniejsze działanie antyseptyczne w ranie i wobec tego nadaje się lepiej do leczenia ran;

2. wypłukanie zakażonej rany jadowitemi drobnoustrojami, dokładne wytarcie jej gazikiem napojonym płynem P_4 i pozostawienie podobnego gazika w ranie we formie sączka powoduje znaczne osłabienie i powstrzymanie w rozwoju drobnoustrojów, co się wyraża w ropieniu rany nieznacznego stopnia, z czem sobie organizm za pomocą naturalnych środków obronnych łatwo już daje radę.

Zastosowaliśmy następnie oba płyny w leczeniu ran i w leczeniu zapaleń pęcherza moczowego.

Co do działania leczniczego płynu P_5, użytego do płukań pęcherza, niewiele możemy powiedzieć, ze względu na mały materjał tych cierpień, jakim klinika nasza rozporządzała.

W kilku przypadkach zauważyliśmy oczyszczenie się moczu, pozatem nie stwierdziliśmy żadnego drażniącego działania tego płynu.

Płyn P_4 okazał się bardzo dobrym środkiem w leczeniu ran.

W kilku przypadkach ran miażdżonych i prawdopodobnie zakażonych, po wycięciu brzegów, opłukaniu tym płynem i zeszyciu ich nad sączkiem napojonym płynem P_4 rany zgoiły się doraźnie.

W około 30 przypadkach naciętych i leczonych płynem P_4 ropowic, zapaleń ropnych gruczołów chłonnych, zanokcic (panaritia) i ropnych zapaleń pochewek ścięgien zanważyliśmy szybkie oczyszczanie się rany, zmniejszenie się wydzieliny i szybką tendencję do gojenia się. Dodatnie działanie płynu tego wystąpiło wyraźnie w przypadku ropowicy okolicy otwartego operacyjnie przełyku na szyji, w celu wydobycia, tkwiącego tam od 6-ciu miesięcy ciała obcego. Ropowica objęła całą okolicę szyjną, przechodząc częściowo na części miękkie przedniej powierzchni klatki piersiowej i groziła zakażeniem śródpiersia. Nacięcie, sączkowanie gazikami napojonymi płynem P_4 i płukania tym płynem rany sprowadziły szybkie oczyszczenie i wygojenie się rany.

W przypadku uwięźgnięcia jelita cienkiego w przepuklinie udowej, przy wyciąganiu jelita z jamy brzusznej, pękło ono w miejscu uległem martwicy i silnie zakaźna treść jelita wylała się do rany. Wypłukanie rany płynem P_4 i wytarcie gazikiem napojonym tym płynem zapobiegło zropieniu rany. Rana zmniejszona paru szwami węzełkowemi zgoiła się doraźnie.

Także i w postaci wstrzykiwań do jam ropni po uprzedniem wypompowaniu z nich ropy, okazał się płyn P_4 dobrym i skutecznie działającym środkiem leczniczym. Z wstrzykiwań śródżylnych zrezygnowaliśmy z wyżej podanych powodów.

Na podstawie wykonanych doświadczeń oraz na podstawie doświadczenia klinicznego przypuszczamy, że solutio jodico jodata, będzie nadawać się lepiej w leczeniu ran, niż roztwór Pregla.

Piśmiennictwo.

1. Pregl. W. kl. W. 1921 Nr. 24. — 2. Knauer, Zacherl W. kl. W. 1921 Nr. 33. — 3. Dattner. W. kl. W. 1921 Nr. 29. — 4. Schmerz. M. M. W. 1921 Nr. 23. — 5. Kleinschmidt. Zb. f. Ch. 1921 Nr. 45. — 6. Volkmann Zb. f. Ch. 1921 Nr. 47. — 7. Matheis. Zb. f. Ch. 1921 Nr. 8. — 8. Schreiner. D. M. W. 1921 Nr. 30. 9. Streissler. Arch. f. kl. Ch. T. 116. Z. 13. — 10. Hohlbaum. Zb. f. Ch. 1922 Nr. 7.

Dr. A. ZAWADZKI, ord. oddziału chirurg. w Szpit. Przemienienia Pańskiego. Warszawa.

Przedziurawienia pęcherzyka żółciowego.

Cztery przypadki ostrego przedziurawienia pęcherzyka żółciowego, spostrzegane i operowane przeze mnie, ze względu na w góle niewielką ilość przypadków znanych w piśmiennictwoie obcem, a w polskiem, zdaje się, nieopisywanych, skłoniły mnie do krótkiego ich podania na tem miejscu.

Anatomicznie możliwe są przedziurawienia pęcherzyka, przewodu pęcherzyka, przewodów żółciowych — do wolnej jamy otrzewnej, do jelit (dwunastnicy, żołądka, jelita poprzecznego, a nawet znany jest przypadek przedziurawienia do wyrostka robaczkowego. (B. klin. Woch. 1911 r. Nr. 13, Tamio-Tanaka).

Najczęstsze są przedziurawienia pęcherzyka do jelit w postaci zrostów, znajdowane podczas zabiegów, lub przy badaniu pośmiertnem, rzadziej spotykane są przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnej, najrzadziej przedziurawienia do ścian brzusznych, ewentualnie w postaci ropni, otwierających się nazewnątrz (przetok). Najczęstsze są przedziurawienia (statystyka Williams'a Med. and Surgit-Raports of the Presbyterian Hosp. Nev York, Juli 1912) pęcherzyka 91%, potem przewodu pęcherzyka 3,3%, przewodu wspóln. żółciowego 4,4%, wątrobowego 1,1%. Kamienie przy przedziurawieniu występują prawie w 74% przypadków. U kobiet sprawa jest częstsza, rokowanie lepsze. Przypadki operowane wcześnie, przed 12 g. dają 85% wyzdrowień, przed 24 g. 66%, przed 3 dniami 50%, po 4 dniach 20%.

Przyczyny przedziurawienia: 1. zgorzel od ucisku, 2. owrzodzenie z przedziurawieniem, 3. pęknięcie ropniaka (empyema), 4. przedziurawienie przy zgorzeli ściany pęcherzyka, 5. moczówka cukrowa, 6. uraz (przypadek Lapoutre'a). Jako o pewnej rzadkości Kehr wspomina o przedziurawieniu przewodu wspólnego do żyły wrotnej; przedziurawienie to nie dawało żadnych objawów z powodu niższego ciśnienia krwi w żyle wrotnej, niż żółci w przewodzie wspólnym.

Nim przejdę do rozpoznania i wskazań do zabiegu, opisu zabiegu i postępowania pooperacyjnego, przytoczę 4 własne przypadki:

Przypadek I. opisany w 1918 r. w Medycynie »Wrzody żołądka i dwunastnicy«.

T. N., lat 21. Prócz błonicy żadnych chorób nie przechodziła. Rodziła 4 razy, ostatnio pół roku temu, karmi. Zawsze była zdrowa. 3. IX. 1917 r. **wśród zupełnego zdrowia, podczas pobytu w kościele uczuła nagle silne osłabienie, trwające parę minut.** W ciągu 3 dni następnych miała odbijania, bóle w brzuchu, nieustępujące po przeczyszczeniu, **4-go dnia bóle wzmogły** się tak, że chora, powracając z miasta, wysiadła z dorożki i wolała iść piechotą, 5 dnia wystąpiły bardzo ostre bóle w lewej górnej połowie brzucha. Lekarz (Rostkowski) orzekł, że są to kamienie żółciowe. 6-go dnia wśród bólów — zapad, w którym zastał ją jeden z moich współpracowników szpitalnych (Kol. Ostaszewski). Zapad ten trwał 12 godzin. Po przybyciu na oddział 10. IX.: sinica, brak tętna, kończyny zimne, brzuch twardy, jak deska, bolesny. Zastosowano kroplowe wlewania, kamforę, parówkę elektryczną (ogrzewanie). Na drugi dzień, tj. w 12 godzin po przybyciu, zjawiły się wymioty i stolce bez zawartości krwi, tętno zaczyna wracać (zapad trwał 24 godzin), ciepłota 39,6°. Po paru dniach ogólny stan lepszy, wyczuwa się nacieczenie w okolicy śledziony, zajmujące prawie połowę jamy brzusznej, bardzo bolesne na dotyk; znaczna bolesność w dołku oraz sklepieniach; przy badaniu przez pochwę w sklepieniach nacieczenia. Po upływie 10 dni znaczne stępienie pod lewą łopatką, osłabienie oddechu. Przy nakłuciu próbnem — krwawy mętny płyn, zawierający znaczną ilość peptonów i leukocytów. Chorej podano *per os* błękit metylowy dla przekonania się, czy jama opłucnej nie komunikuje z żołądkiem. Od tej pory trzykrotne opróżnianie lewego worka opłucnej z płynu, z pozoru surowiczego, bez zabarwienia; wypuszczano za każdym razem około 360 cm, peptony bardzo wyraźne.

Z biegiem czasu nacieczenie z lewej strony brzucha ustępuje i staje się wyraźniejsze po prawej stronie ponad pępkiem, bolesne na dotyk, bolesny również punkt Mac Burney'a. Badanie na laseczniki duru w płynie wydobywanym z jamy opłucnej i we krwi (sposób Vidal,a) dało wynik ujemny. Od drugiej połowy października, a więc w 6 tygodni po przybyciu do szpitala, chora przestaje gorączkować, płynu w jamie opłucnej niema, prawie codziennie są bóle w dołku, wymagające zastrzyknięć morfiny W końcu października żołądek badany po spożyciu śniadania kontrastowego promieniami X wykazuje: żołądek niewielki, silne skurcze, część odźwiernikowa i dwunastnica dają obraz licznych przewężeń, a nawet uchyłek Haudeck'a z pęcherzykiem gazu w okolicy dwunastnicy tuż po za odźwiernikiem, przesuniętym znacznie ku stronie prawej. W 2 godziny po spożyciu kaszy kontrastowej żołądek jest opróżniony, widać ślady uchyłka. 2. XI. wydobyto sok żołądkowy naczczo — kwasota 5/10, w 45 min. po śniadaniu Leube'go — 25/37. Nacieczenia z lewej strony brzucha oraz w sklepieniach ustąpiły. Bolesność utrzymuje się w okolicy dwunastnicy i wyrostka robaczkowego.

Rozpoznanie: **przedziurawienie dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego, jako przyczyna przebytego zapalenia otrzewnej.**

21. XI. Laparotomja przyprostna prawa: zrosty jelit i sieci, wyrostek przyrośnięty, niewiele zmieniony, usunięto. Dwunastnica zrośnięta z pęcherzykiem żółciowym, przedstawiającym kształt gruszki, zwróconej podstawą ku wnęce wątroby. Po oddzieleniu dwunastnicy, zresztą nieprzedstawiającej widocznych zmian, z trudem został usunięty pęcherzyk żółciowy, skurczony, o ścianach zgrubiałych, w stanie zapalnym, zawierający 8 kamieni. W dolnej części pęcherzyka ślad przedziurawienia. Dokładne oględziny ścian dwunastnicy i żołądka ani wrzodu, ani przedziurawienia lub blizny nie wykryły. Zapalenie otrzewnej było wywołane przez ostre przedziurawienie pęcherzyka żółciowego.

Przypadek 2. D. R., lat 54. Leczony przez Dra Sierpińskiego w ciągu paru lat z powodu przemijających bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego, czasami z gorączką. W 1916 r. zapalny stan pęcherzyka żółciowego w ciągu trzech tygodni z wysoką gorączką. Wówczas już była mowa o operacji, chory jednak poprawił się, o zabiegu oczywiście słyszeć nie chciał. W 1917 r. w grudniu nastąpiły lekkie bóle, które na drugi dzień ustąpiły, gorączkował jednak do 37,8. W południe wystąpiły już ostre bóle, a o g. 3 Dr. Sierpiński znalazł chorego w zapadzie, cały brzuch bardzo bolesny, tętno nikłe ledwie wyczuwalne.

Rozpoznanie: **pęknięcie lub przedziurawienie pęcherzyka żółciowego.**

Tegoż dnia w lecznicy »Omega« wieczorem (chory prawie bez tętna — zapad) laparotomja: po otwarciu brzucha wylewa się płyn zielonkawy ze skrzepami, pęcherzyk żółciowy na tylnej części na przestrzeni, odpowiadającej wielkości brzuśca palca, w stanie zgorzeli, przedziurawiony, z otworu leje się żółć zmieszana z ropą. Kamieni nie znaleziono, około pęcherzyka liczne zrosty. Usunięcie pęcherzyka żółciowego, sączki. Stan chorego nie poprawił się, w zapadzie w 12 godzin zmarł po zabiegu.

Przypadek III-ci. Chory lat 29, przysłany przez Dr. Kazimierza Zielińskiego do szpitala na mój oddział. W mieszkaniu u chorego Dr. Zieliński stwierdził ostre zapalenie otrzewnej. Chory z zawodu szewc, przed sześciu laty miał napad bólów pod łukami żeber z prawej strony, przemijającą żółtaczkę. Zawsze zresztą był zdrów. Przybył do szpitala 20. XI. 1921 r. nad wieczorem. W nocy oddał wiatry. Opowiada rano 21. XI, że onegdaj t. j. 19. XI. nad wieczorem po pracy uczuł bardzo wielki ból w brzuchu, musiał położyć się, po godzinie ból na tyle uspokoił się, że chory powrócił do domu tramwajem po powrocie do domu ponowny atak bólu, który ustąpił po zastrzyknięciu morfiny. Na drugi dzień rano widział go Dr. Zieliński i skierował do szpitala, sądząc, że przyczyną zapalenia otrzewnej jest przedziurawienie wyrostka robaczkowego. W 40 godzin po pierwszych bólach stan chorego następujący: twarz blada, tętno 120, kończyny chłodnawe, brzuch wzdęty, bolesny na ucisk, opór mięśniowy z prawej strony brzucha znacznie zwiększony, najwięcej jednak w okolicy dwunastnicy.

Rozpoznano: 1) **przedziurawienie dwunastnicy,** 2) **wyrostka robaczkowego — ostre zapalenie otrzewnej, jako wynik jednego z tych przedziurawień.**

Laparotomja przyprostna prawa. Z jamy otrzewnowej wylewa się płyn zabarwiony zielonkawo. Usunięto szybko wyrostek robaczkowy w stanie zapalnym, przyczem jeden z kolegów, badając ten wyrostek, nie stwierdził makroskopowo pierwotnych zmian (zgorzeli błony śluzowej, przedziurawienia).

Ponieważ cięcie prostopadłe dawało mało dostępu, z powodu wzdęcia jelit, przeprowadzono dodatkowe cięcie poprzeczne pod łukiem żeber; wówczas stwierdzono, że dwunastnica jest zdrowa, ale pęcherzyk żółciowy jest zgrubiały, znacznie powiększony, a na wierzchołku wśród plamy zgorzelinowej jest otwór wielkości 2 mm, z którego wylewa się żółć. Pęcherzyk wielkości prawie dużej gruszki usunięto wraz z częścią przewodu, przewody żółciowe są wolne. Sączek, parę pasków gazy wokoło, wyprowadzono przez prawy kąt bocznego cięcia, szew ścian brzusznych.

W pęcherzyku o ścianach bardzo zgrubiałych — 2 kamienie wielkości gołębiego jaja na wierzchołku owrzodzenie od strony błony śluzowej wielkości brzuśca palca, a pośrodku owrzodzenia przedziurawienie.

Na 3-ci dzień usunięto sączki, na 8-my szwy, rana zagoiła się na 14 dzień. Chory zaczął się podnosić i w jedną z niedziel (w 2 tygodnie po zabiegu) uraczył się przyniesionemi pierogami z serem, poczem w ciągu całej nocy wymiotował, nad ranem prawie zapad. Po obfitem wypłukaniu żołądka i djecie parodniowej stan poprawił się zupełnie.

Mieliśmy do czynienia z ostrem rozszerzeniem żołądka. Sprawa ta opóźniła wypisanie chorego ze szpitala ze względu na obawę ponownego nadużycia w djecie. W siedem tygodni po zabiegu chory opuścił szpital, był pokazywany w Towarz. Gastrologów.

Przypadek IV-ty. Chora lat 30, M, przysłana na oddział przez Dra Kazimierza Zielińskiego. 17. XI. 1921 r. *En stirpe bona*, w 24-tym roku życia normalny poród, po porodzie zapalny stan macicy, wskutek którego leżała w szpitalu w ciągu paru tygodni. Od 3-ch lat miewała wymioty śluzowe i kolki w brzuchu. Przed 7-ma tygodniami pierwszy napad bardzo silnych bólów w okolicy wątroby z gorączką, wymiotami śluzowemi zielonkowatemi. Po upływie 4-ech dni ponowny atak, trwanie każdego z nich około 12 godzin. Po drugim ataku wysypka na wewnętrznej powierzchni ud, obu kończyn górnych, na brzuchu i piersiach. Po 5—6 dniach wysypka ta miała wygląd promieni (słowa chorej) czerwonych, składających się z pryszczyków mniejszych niż przy odrze. Podczas wysypki gorączka do 40-tu stopni, później łuszczenie się naskórka. Po pierwszym napadzie w górnej połowie brzucha z prawej strony wystąpił guz. Po wstaniu z łóżka chora uczuła, że bóle powiększyły się, guz zaczął przesuwać się ku środkowi brzucha i powiększać się, a po 3-ch dniach wystąpiła znowu gorączka i bóle, wobec czego chora położyła się znowu. Żółtaczki nie było. Stolce zaparte. Straciła na wadze około 20 funtów.

Chora wychudzona, błony śluzowe blade. Serce bez zmian. Wierzchołek lewego płuca wykazuje zagęszczenie. Stare zmiany. W jamie brzusznej guz pośrodku brzucha, sięgający do dołu 2½ poprz. palca pod pępek, aż do podbrzusza ponad pępkiem, guz o formie podłużnej, jakby w związku z bolesnym brzegiem wątroby, oraz mięśniami prostemi brzucha, górna granica wątroby normalna, śledziona wyczuwalna, mocz normalny. Tętno 90. Temp. od 37,0 do 38,5.

Rozpoznanie: **Ropień na tle kamicy.**

21. XI. pod uśpieniem eterowem otworzono cięciem po linji środkowej ropień, w którym stwierdzono obecność dwóch kamieni blado-żółtych wielkości małych wiśni o kształcie malin. Jamę wyłyżeczkowano, sączki. W ropie okazały się paciorkowce. Gojenie prawidłowe. Ciepłota spadła do normy. 23. XII. z przetoki pokrytej ziarniną wypływa zaledwie nieco śluzu. Uśpienie eterowe, cięcie równoległe do prawych łuków żebrowych, idące ku przetoce, nie dochodzące do niej na 2 palce poprzeczne. Oddzielenie zrostów pęcherzyka z siecią i okrężnicą. Wierzchołek pęcherzyka wyciągnięty w kierunku przetoki. Pęcherzyk odcięto od przetoki, otrzewnę, okalającą przetokę, wynicowano na zewnątrz, zaszyto, naszyto wolny kawałek sieci. Pęcherzyk żółciowy odcięto wraz z przewodem, drogi żółciowe wolne. Sączek, parę pasków gazy wokoło, szew ścian brzusznych. Przebieg gojenia gładki.

Opisane przypadki 1-szy, 2-gi i 3 ci należą do typu przedziurawień do wolnej jamy otrzewnej, pierwszy z tworzeniem się po zapadzie zrostów i otorbień, powikłany lewostronnym wysiękiem jamy opłucnej, drugi o gwałtownym przebiegu z bardzo szybkim zapadem i zejściem śmiertelnem, trzeci z przebiegiem burzliwym, ale względnie dość łagodnym, operowanym 40 godzin po przedziurawieniu.

Czwarty rozpoczął się niewątpliwie jako *empyema vesicae felleae*, ale sieć zdążyła przyrosnąć i doprowadzić miejsce ulegające zgorzeli do ściany brzusznej; nastąpiło przedziurawienie w ścianę brzuszną. Czy wysypkę należy uważać za skutek anafilaksji, trudno o tem coś powiedzieć, bo o wysypce tej z gorączką wiemy jeno z opowiadania chorej.

Pierwsze trzy przypadki należą do typu względnie częściej spotykanego, ostatni, jak twierdzi Hoerchammer, który opisał podobny przypadek z kliniki Payr'a w 1916 r. w M. med. Woch. 10/X., należy do względnie rzadkich. Podobny przypadek opisał po raz pierwszy Thilesius w r. 1670. Kehr wśród swoich 2000 przypadków widział tylko dwa. W Lipsku na 584 przypadków zabiegów na wątrobie nie było ani jednego takiego przypadku w ciągu dziesięciu lat. W 1899 r. opisał trzy takie przypadki Fabricius z Wiednia. Jeden — Madre z Vichy (1908) i jeden Pstric w 1912 r. Pozatem znalazłem w piśmiennictwie lekarskiem jeszcze jeden przypadek z praktyki Jakoba, opisany w 1913 r. Bull. et mémoires de soc. de chir. N 20. Znany również mi jest przypadek operowany przez Dra Rauma, nie opisany jednak; mianowicie po przecięciu ropnia w nadbrzuszu znaleziono kamień żółciowy.

Co się tyczy piśmiennictwa przedziurawień pęcherzyka żółciowego do wolnej jamy otrzewnej, nieprzytaczam jego ze względu na trudności druku, jakoteż potrzebę streszczania się. Interesujący się nią znajdą odpowiednie wiadomości, ogłoszone przez Kehra w 1913 r. (Chirurgie der Galenwege — Neue Deutsche Chir. — tom VIII) oraz w pracy Mac. Williamsa — Medical and Surgical Raports oft he Presbyterian Hosp.(New York) tom IX, 1912. Zebrał on 108 przypadków.) Wdostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeszcze 6 przypadków, opisanych przez Brathawaite'a 25 XI 1913 r. British med Journal; przypadek Wagnera, opisany w Münchn. med, Woch, 1919 N 42, owrzodzenia pęcherzyka, przedziurawienie, zapalenie otrzewnej); jeden przypadek opisany przez Schnydera w Centralblatt für allg. Path, tom XXVI, str 361 (podwójne owrzodzenie pęcherzyka z krwotokiem do jamy brzusznej wskutek przeżarcia naczynia krwionośnego.) Sprawę tę stwierdzono na stole sekcyjnym. Znany mi jest rów-

nież przypadek kol. Franka (Archiv für. Verd. Krankh Bd XIX) z warszawsk. kliniki uniwers. stwierdzony sekcyjnie a opisany po niemiecku, pozatem przypadek kol. Hagmajera operowany z zejściem śmiertelnem.

W ostatnim numerze Centrbt. für Chir. r. 1922 w referacie ze Schweiz. med. Woch. 1921, Nr. 22 w pracy Vischera z Bazylei »*Die operative Behandlung der Cholecystitis acuta in der Baseler Chir. Klin.*« (1915—1917) wspomniano, że z 75-ciu ostrych zapaleń pęcherzyka w 12 przypadkach pęcherzyk był przedziurawiony, przyczem w czterech przypadkach wykonano tylko sączkowanie okolicy pęcherzyka z czterema zejściami śmiertelnemi — zapewne były to ostre przedziurawienia.

W większości przypadków nie rozpoznano przedziurawień do wolnej jamy otrzewnej; jako wskazówka mogą służyć wywiady o dawnych napadach.

Bóle przy przedziurawieniu dwunastnicy są takie same, obraz kliniczny w rozwoju zapalenia otrzewnej może tem się różni, że po przedziurawieniu pęcherzyka następuje jakby ulga, podczas gdy po przedziurawieniu żołądka, dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego objawu tego nie obserwujemy. Dalszy przebieg jest ściśle zależny od jałowości lub stopnia zakażenia żółci, ewentualnie od zawartości pęcherzyka. Interesujących się tą sprawą znów ze względu na obowiązek streszczania się odeszlę do prac Ehrhardt'a, Noetzel'a (Ehrhardt Arch. f. klin. Chir. tom 83, zeszyt 4; Noetzel-Verh. der D. Ges. für Chir., 1909, Brunns Beitraege, tom 74).

W każdym razie względnie rzadko bywa t. zw. jałowe zapalenie otrzewnej (*blande peritonitis*), częściej przebieg jego bywa fatalny. W chwili pełnego rozwoju trudno już jest różniczkować zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia pęcherzyka żółciowego, dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego. Nawet badanie krwi na barwiki żółciowe z powodu zawartości żółci w dwunastnicy nie daje możności określenia rodzaju przedziurawienia przed otwarciem jamy brzusznej. Gdy dodamy, że i na stole operacyjnym i przy badaniu pośmiertnem znajdowano w jamie otrzewnej przy zapaleniach otrzewowej płyn zabarwiony żółcią w tych przypadkach, w których makroskopowo nie udało się stwierdzić przedziurawienia ani pęcherzyka lub przewodów ani dwunastnicy — sprawa staje się więcej zawikłana, bo wystarcza zapewne niedostrzegalne gołem okiem przedziurawienie dla wywołania nie tylko zapalenia otrzewnej, ale i przesiąkania żółci.

W każdym razie bóle w postaci często powtarzających się ataków, szczególniej gdy udaje się wyczuć palcami powiększony pęcherzyk żółciowy, podniesiona podczas tych bólów ciepłota, winny pobudzić uwagę internisty w kierunku zabiegu, trudno jest bowiem przewidzieć, czy w danym przypadku nie wystąpi zgorzel lub przedziurawienie.

Wśród 150 operowanych przezemnie (w ciągu ostatnich lat sześciu) spraw wątrobowych liczę trzy przypadki ostrego ropniaka (empyema) pęcherzyka, usuniętego przed przedziurawieniem (zgorzel ściany) — wszystkie te trzy przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

Zabieg, zależnie od stanu sił chorego, winien być wykonany szybko, w razie zmian zgorzelinowych ma polegać na usunięciu pęcherzyka tak, jak to robimy z wyrostkiem robaczkowym w okresie przedziurawienia. Gdy stan chorego jest bardzo ciężki, postępujemy tak, jak opisuje Brathwaite, sączkujemy pęcherzyk i jamę otrzewnej. Zaszywanie jamy otrzewnowej stosownie do rady Rottera, jest możliwe tylko w przypadkach o łagodnym przebiegu, jeżeli możliwe jest dokładne pokrycie kikuta otrzewną. Gdy jednak zabieg winien trwać krótko, a na peritonizację niema czasu lub obocznie nacieczone tkanki nie nadają się w tym celu, lepiej jest sączkować.

W pooperacyjnym przebiegu należy sączki usuwać wcześnie, na drugi lub trzeci dzień, siły chorego podtrzymywać ogólnie znanemi sposobami, dbać o wczesne siadanie chorego ze względu na możliwość powikłań płucnych.

Notatka moja ma na celu pobudzenie kolegów chirurgów do ogłoszenia swoich przypadków, bo w literaturze obcej nie znalazłem przypadków przytoczonych, pochodzących z piśmiennictwa polskiego.

W stosunku do kolegów internistów skromna moja notatka ma na celu zwrócić ich uwagę na czasami grożące choremu niebezpieczeństwo z powodu zbyt długiego wyczekiwania przy sprawach chorobowych pęcherzyka żółciowego. Rozumiem dobrze położenie lekarza internisty wobec chorego, który z trudnością decyduje się na zabieg z powodu kamicy żółciowej, rozumiem pewną rezerwę kolegów internistów wobec tych operacyj Rezerwa ta jednak oparta jest na dawnej statystyce, tj. gdy kamica żółciowa była operowana nie tak doszczętnie, jak dzisiaj (bez otwierania dróg żółciowych i badania ich), bez usuwania pęcherzyka żółciowego, co wobec prac z kliniki Mayo oraz ostatnio Gosset'a i Loewy o powstawaniu kamicy częstokroć jest obowiązkowe), z zastosowaniem rozległego sączkowania za pomocą pasków gazy, co wobec wielkich zmian chorobowych oraz niemożności dokładnej peritonizacji było konieczne, a jednocześnie szkodliwe, bo dawało zrosty, powodujące późniejsze bóle.

Dzisiaj sprawa ma się nieco inaczej, przypadki operujemy doszczętnie, sączkujemy, gdy warunki pozwalają za pomocą jedynie sączka, lub sączków gumowych, które przy wczesnem ich usuwaniu nie dają prawie zrostów a w razie dokładnej peritonizacji nie sączkujemy zupełnie.

Wszak dawniej, w końcu ubiegłego stulecia, operowaliśmy tylko te przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego, które powodowały ropień lub zapalenie otrzewnej. Późniejsze doświadczenie nauczyło nas, że zabieg ten należy wykonywać zapobiegawczo, t. j. gdy sprawa rozpoczyna się, lub jeżeli chory miał już z tego powodu dolegliwości. Dzisiaj spór został rozstrzygnięty — nikt nie będzie próbował leczyć chorego wyrostka robaczkowego na drodze leczenia środkami farmaceutycznemi — trzeba go usunąć. Statystyka tych zabiegów jest prawie pozbawiona zejść śmiertelnych.

Sądzę, że sprawa kamieni żółciowych oraz schorzeń pęcherzyka żółciowego będzie miała w chirurgji taką samą statystykę, jak wyrostek robaczkowy, gdy do rąk chirurga dostawać się będą przypadki wczesne, oczywiście takie, o leczeniu których, a właściwie wyleczeniu, na drodze farmaceutycznej lub leczeniu dyjetyczno-fizykalnem mowy być nie może. Jeżeli dodamy do tego częste omyłki rozpoznawcze, gdy chory leczony na wrzód lub co gorzej na »katar żołądka« na nic innego prócz kamicy nie jest chory, lub też jednocześnie jest chory na jedno i drugie; jeżeli dodamy, że dopiero badanie pośmiertne wykrywa nieraz obecność kamicy, nie rozpoznawanej za życia, musimy dojść do wniosku, że i sposoby badania jeszcze są niezbyt dokładne. Gdy przypadki są rozpoznawane dość późno, gdy wątroba sprawność swoją w znacznej mierze utraciła, a sposoby badania tej sprawności jeszcze niezbyt są dokładne, nic dziwnego, że takie przypadki dają w rękach chirurga przebieg ciężki lub czasami zły.

Sądzę, że wczesne rozpoznanie, a szczególniej wczesny alarm, gdy wątroba zaczyna tracić swoją sprawność będą w możności statystykę operacyjną dróg żółciowych uczynić taką, jaką ona zaczyna się stawać już dzisiaj.

Wpływ lekarza internisty na chorego oraz nie wypuszczanie go ze swojej opieki po zabiegu nawet wśród publiczności zabieg taki spopularyzuje i odejmie mu pozór zabiegu niebezpiecznego.

P. S. Już po wygłoszeniu odczytu operowałem piąty przypadek ostrego przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. Opis przypadku tego w krótkości podaję.

Chora lat 40. Od 17 lat napady kamicy żółciowej, przed 5-cioma dniami tj. od 25. IV. 1922 zachorowała nagle — silne bóle w okolicy wątroby, gorączka. Na drugi dzień wystąpiła żółtaczka, a na 4-ty, według słów lekarza, Dr. Justmana, zapad z objawami zapalenia otrzewnej. Przybyła na mój oddział w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota 40, tętno nikłe 120, brzuch wzdęty, bolesny szczególniej w okolicy wątroby i poniżej; wątroba bardzo powiększona a pod jej prawym brzegiem wyczuwa się guz wielkości dużej pomarańczy, sięgający w dół poniżej linji pępkowej.

3. V. 1922. Pod znieczuleniem *modo kappis* cięciem równoległem do prawych łuków żebrowych otwarcie jamy brzusznej. Po otwarciu wylał się płyn mętny. Okolica pęcherzyka żółciowego zakryta siecią i brzegiem kątnicy, pokrytemi włóknikiem o wyglądzie szarych nalotów, jelita w stanie zapalnym. Po oddzieleniu zrostów, wyłania się pęcherzyk o mocno napiętych ścianach. Za pomocą przekłucia wydobyto z pęcherzyka około 100 cm śluzowo ropnego płynu. Po oddzieleniu zrostów z dwu-

nastnicą, podwiązano przewód pęcherzykowy, oddzielono pęcherzyk od jego łoża, założono sączek i parę pasków gazy około sączka gumowego, ranę zaszyto szwem piętrowym.

Badanie bakterjologiczne płynu, wykonane przez prof. Nitscha, wykazało gronkowca złocistego.

Wydobyty pęcherzyk żółciowy bardzo powiększony zawiera liczne kamienie; ściany zgrubiałe, błona śluzowa o barwie »fraise«. z wyraźnemi kosmkami, na przedniej powierzchni błony owrzodzenie średnicy 1½ cm, o dnie zgorzelinowem, sięgające aż do surowicówki, powyżej drugie owrzodzenie, nieco mniejsze równie głębokie. Po nacięciu ściany pęcherzyka po przez owrzodzenie okazuje się, że prawie cała ściana na przestrzeni 2 cm około owrzodzenia uległa zgorzeli z nacieczeniem ropnem.

Po zabiegu i po stosowaniu szczepionek, przygotowanych przez prof. Nitscha, chora zwolna zaczęła się poprawiać, ciepłota zaczęła spadać do normy, żółtaczka ustąpiła. W danym przypadku mieliśmy do czynienia z ropowicą pęcherzyka żółciowego i z przedziurawieniem pęcherzyka do jamy brzusznej.

Z praktyki.

Dr. HENRYK HILAROWICZ asyst. kliniki Lwów.

W sprawie nowego sposobu znieczulania przewodowego II. gałęzi nerwu trójdzielnego.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jana Krazimierza we Lwowie. (Dyr. Prof. H. Schramm).

Nie ujmując bynajmniej prawa pierwszeństwa ogłoszenia poniżej opisanego sposobu Hoferowi (Zentrbl. f. Chir. Nr. 39. z 30. IX. 1922, sprawozdanie z posiedzenia Tow. chir. wiedeńskich) czuję się uprawnionym do stwierdzenia na tem miejscu, że sposób ten zastosowałem pierwszy jeszcze w kwietniu br. i że był on odtąd częstokroć używany na klinice chirurgicznej lwowskiej a tylko niestety w swoim czasie nie został ogłoszony.

Jak wiadomo, dotąd, znane były dwie drogi znieczulenia II. gałęzi nerwu trójdzielnego w jamie skrzydlato podniebiennej (*fossa pterygo-palatina*); jama ta, leżąca pomiędzy guzem szczęki górnej (*tuber maxillae*) a wyrostkiem skrzydlatym, otwarta szeroko od zewnątrz, komunikuje ku górze z oczodołem przez szczelinę oczodołową dolną (*fissura orbitalis inferior*) ku wnętrzu z jamą nosową przez otwór nosowo-podniebienny (*for. naso-palatinum*) a ku dołowi zwęża się w kanał podniebienny, uchodzący na podniebieniu twardem jako otwór podniebienny większy (*foramen palat. majus*). W górnej części jamy wnika z otworu okrągłego (*for. rotundum*) II-ga gałąź nerwu trójdzielnego, zaopatrująca bezpośrednio i za pośrednictwem zwoju klinowo-podniebiennego (*ganglion spheno-palatinum*) szczękę górną, części skóry policzka i nosa, wargę górną, część błony śluzowej nosa oraz podniebienie.

Stosując drogę zewnętrzną wkłuwa się igłę w policzek nad II zębem trzonowym, tuż pod macalnym tamże guzkiem kości jarzmowej, i wiedzie się ją skośnie ku górze i wewnątrz po powierzchni guza szczękowego aż do utraty zetknięcia z nim; przez ustawienie w chwili tej igły więcej prostopadle wnika się końcem do jamy skrzydłowo-podniebiennej.

Droga oczodołowa polega na tem, że igła wkłuta w dolnym zewnętrznym kącie oczodołu posuwa się wzdłuż szczeliny oczodołowej dolnej, wnikając w głębokości 4 cm do jamy sp. a nawet wprost do otworu okrągłego.

Dla przypadków, w których szerzący się ku tyłowi i ku górze nowotwór szczęki górnej uniemożliwia zastosowanie obydwóch powyżej wymienionych sposobów obmyśliłem drogę trzecią, a mianowicie podniebienną. Jak wspomniano, kanał podniebienny, mający średnicę kilku mm, uchodzi na podniebieniu u podstawy wyrostka zębodołowego na wysokości II. zęba trzonowego jako otwór sporej wielkości, ograniczony od tyłu nieraz bardzo wybitnym grzebieniem kostnym, wyczuwalnym przez błonę śluzową jako twardy, wyniosły punkt, leżący po za płytkiem wgłębieniem tejże. Przebieg kanału jest zupełnie prosty, nieco skośny ku górze i ku tyłowi; wnikając więc w otwór podniebienny w kierunku tym cienką igiełką możemy bez trudności dosięgnąć końcem jamy s. - p., naprzeciw otworu okrągłego. Przy silnie otwartych ustach (Heister) chorego znieczulamy zrazu powierzchownie błonę śluzową podniebienia w miejscu powyżej określonem przez wstrzyknięcie kilku kropel a następnie zagłębia się igłę aż do zetknięcia z kością, po której macamy delikatnie, przyczem bez trudności udaje się wniknąć w otwór (ból) i zapuścić igłę około 3 cm w głąb ku górze i nieco pochyło ku tyłowi (celując na szczyt ciemienia). Wstrzyknięcie 3—5 ccm 2% rozczynu nowokainy z wyciągiem nadnercza powoduje zrazu znieczulenie podniebienia (bladość połowy) i błony śluzowej nosa, potem szczęki górnej i obszaru skórnego. Igła powinna być możliwie cienka, około 7 cm długa. Błędnem jest wkłuwanie zbyt ku środkowi (na otwór nie możemy trafić) lub ku tyłowi — igła wpada w granicę między podniebieniem twardem a miękkiem (nowokaina płynie do gardła, krwawienie z nosa!).

Wskazanie do znieczulenia tego stanowią, prócz większych zabiegów na szczęce górnej, również zabiegi na podniebieniu, jak operacje rozczepu, przyczem korzystne jest znaczne niedokrwienie pola operacyjnego.

Dr. FR. GRODECKI. Warszawa.

Kwiat jarzębiny, jako środek leczniczy.

W notatce niniejszej pragnąłbym zwrócić uwagę szerokiego grona kolegów i farmaceutów na bardzo cenny środek leczniczy, który stosuję już od 25 lat przy zaparciu nawykowem stolca, przy krwawnicach, wreszcie przy zmniejszonem wydzielaniu żółci. Środkiem tym jest napar kwiatu jarzębiny, który przyrządzam w sposób następujący: łyżkę stołową (10 grm) suchego kwiatu należy zalać pół szklanką wody wrzącej, następnie należy napar ten pozostawić przez pół godziny w miejscu ciepłem. Po odcedzeniu należy napar zażyć naraz. Dzieciom zalecam dawki odpowiednio zmniejszone.

Po 8—10 godzinach następuje wypróżnienie papkowate. Zaletą leku są: 1) pewność działania, nawet przy stosowaniu przez szereg tygodni, ustrój nie przyzwyczaja się do leku; 2) nadzwyczaj łagodne działanie, nie sprawiające nigdy uczucia bólu; 3) przyjemny smak, przypominający poniekąd smak herbaty; 4) taniość; 5) pochodzenie rodzime.

Zdaniem mojem byłoby rzeczą bardzo pożądaną przeprowadzenie dokładnych badań farmakologicznych i klinicznych nad tym tak dostępnym, a tak niestety zapoznanym lekiem; być może uda się wydzielić zeń w stanie czystym składnik czynny. W ten sposób nauka nasza mogłaby przysporzyć lecznictwu nowy środek leczniczy, przez co jarzębina, stanowiąca dotąd tylko ulubioną ozdobę naszych ogrodów, nabrałaby bardzo cennego znaczenia.

Sprawozdania poglądowe

Dr. Med. STANISŁAW KLEJN. Ord. Szp. Star. Warszawa

Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej.

Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 31. maja 1921 r.

(Dokończenie).

We wszystkich tych przypadkach, w razie powikłania przewlekłem zapaleniem oskrzeli, należy leczenie uzupełnić stosowaniem szczepionek odpowiednich bakteryj według znanych zasad. Ponieważ rzadko który przypadek astmy nie daje tego powikłania, przyczem zwykle bywa, że proteiny bakteryjne biorą w etjologji obrazu chorobowego górę nad innemi czynnikami, należy w każdym prawie przypadku astmy, trwającym cokolwiek dłużej, stosować jednocześnie szczepionkę.

Oto np. wynik tej metody leczenia w przypadkach Walkera. U 50 chorych Walkera wyżej wspomnianych 35 leczono autowaksyną; 10 chorych uwolniono tą drogą od ataków astmy, 13 doznało znacznego polepszenia, podczas gdy u 12 polepszenie nie nastąpiło. Po stosowaniu szczepionki plwocina 5 chorych była posiana powtórnie, poczem okazało się, że te bakterje, któremi chorych leczono, znikły z plwociny, podczas gdy inne na ich miejsce wyrosły.

Poza typową astmą, najwyraźniejszy skutek otrzymuje

się w niewrażliwych przypadkach astmy, czyli w t. zw. *bronchitis astmatica*, które, jak to wykazaliśmy, stanowią połowę całej liczby chorych z objawami astmy. Tu szczepionki samorodne (autogenne) doszczętnie leczą $^2/_3$ przypadków Najczęściej jest potrzebną i najlepiej działa szczepionka ze *streptococcus haemolyticus* następnie *staphylococcus aureus*, póżniej *streptococus viridans, bac. pseudodipheriticus* i wreszcie *staphylococcus albus*

U ludzi starszych, albo przy bardzo długotrwałem cierpieniu, przy słabej odporności ustroju, rokowanie jest gorsze, skutek leczenia trwa tylko w ciągu kilku miesięcy, leczenie wtedy należy powtarzać niejednokrotnie i, jak to czyni Walker, przy częstej stosunkowo zmianie składu szczepionki. W braku szczepionki samorodnej można użyć szczepionki różnorodnej, obcej t. zw. Stockwakcyny, działanie jej jest jednak słabsze. Danysz, który, nawiasowo mówiąc, widzi w florze kiszkowej przyczynę nietylko astmy, ale mnóstwa tak różnorodnych cierpień, jak choroby skóry wogóle, rozedma piuc, gościec, neurastenia, twardzina skóry, bolesne miesiączkowanie, zaburzenia kiszkowe, upławy, itd., leczy wszystkie te cierpienia wakcynami, mało co różniącemi się od siebie. Dla astmy podaje on skład następujący: lasecznik okrężnicy, proteus, enterococcus, łańcuszkowiec, gronkowiec.

Zdaje mi się, że w reklamie pewnej paryskiej firmy, która pewno Panom rzuciła się już w oczy, i dotyczącej leczenia rozmaitych cierpień, co prawda pochodzenia przeważnie bakteryjnego, zapomocą wakcyn, teorja Danysza znalazła swój wyraz komercjalny, Firma ta podaje dla astmy następujący skład szczepionki: *bact. coli, b. proteus, enterococcus, pnemococcus, m. catarrhalis*; dla astmy pyłkowej szczepionka jest ta sama, tylko zamiast m. catarrhalis znajduje się staphyloc. aureus. Szczepionkę tę stosuję teraz jednocześnie u 2 chorych demonstrowanych z wynikiem minimalnym. Szczepionki w bardzo szerokim zakresie przygotowuje także firma Parke Davis, ale są one ze względu na cenę nieprzystępne dla nas, wobec tego składu ich nie podaję, jest on mniej więcej podobny. Muszę tu zwrócić jednak uwagę, że, jeśli pomimo tych zastrzeżeń, stosuję te szczepionki, to czynię to z powodów zupełnie innych, niż te, które podaje Danysz. O powodach tych tych pomówię za chwilę. Zaznaczyć należy, iż u chorego przedstawionego stosuję szczepionkę samorodną z *b. pseudodiphteriticus i staphylococcus aureus*, wyosobnionych z plwociny chorego. Szczepionkę tę przygotował kol. Anigstein z Instytutu Epidemjologicznego; za pomoc i trudy serdecznie Mu tu dziękuję. Chory ten, zarówno jak i 2 innych chorych w ten sam sposób leczonych, po 5 tygodniowem leczeniu stracili napady astmy.

Sądzę, że wobec niewątpliwej wartości leczniczej szczepionek wogóle, a szczególnie w astmie prawdziwej i rzekomej, pożądanemby było, ażeby instytucja odpowiedzialna zajęła się przygotowywaniem takich szczepionek, ale rozumie się samorodnych. Sądzę, że taką instytucją mógłby być nasz instytut epidemjologiczny, który, posiadając wszystkie po temu niezbędne środki i kwalifikacje, gwarantowałby nam stały skład i wartość szczepionki, czemby oddał znaczną usługę cierpiącym rzeszom chorych, nb. bardzo licznym. Szpitale nasze zająć się tem nie mogą, bo często nie posiadają odpowiednich warsztatów pracy, choćby już z tego względu, że astmatycy stanowią bardzo nikły procent w materjale szpitalnym.

Leczenie nieswoiste. Wobec tego, że w niektórych przypadkach poznanie przyczyny astmy jest bardzo trudne, wobec tego, że leczenie swoiste wyżej opisane jest bardzo żmudne i nieraz nie prowadzi do celu z przyczyn rozmaitych od lekarza nieraz niezależnych, trudno się dziwić, że czyniono usiłowania leczenia astmy sposobami bardziej prostemi. Niestety, dotychczas usiłowania te nie doprowadziły do wyników pożądanych, wyleczenia długotrwałego astmy nie osiągnięto, wobec tego jednak, że nie zawsze i nie każdemu jest dana możność leczenia swoistego, zapoznamy się z niemi tembardziej, że są oparte na zasadach racjonalnych, wskutek czego z czasem wyrugują być może metodę swoistą. Niektóre z tych sposobów wypróbowałem, mogę je więc krytycznie osądzić.

Punktem wyjścia nowych metod leczenia astmy i stanów pokrewnych, tj. równoważników astmy jest pogląd, że anafilaksja, a z nią i astma, jest zaburzeniem równowagi koloidów naszego ustroju, zaburzeniem, któremu Widal dał nazwę kolloidoklazji». Autor ten, opierając się na badaniach Besredki, doszedł do wniosku, że usunąć ową kolloidoklazję, a więc sprowadzić równowagę kolloidów można nietylko przez swoiste proteiny, antigeny, lecz przez białko obce wogóle, a więc przez białko nie swoiste, tj. nie to, które jest w danym przypadku przyczyną stanu anafilaktycznego lub astmy. Widal idzie jeszcze dalej i twierdzi, że skutek ten można osiągnąć nie tylko przez białko, ale i lipoidy, a nawet przez krystaloidy (Na Cl, Na_2 Co_3) Wszystkie te ciała wprowadzone do krwiobiegu lub nawet przez kanał pokarmowy zapobiegają wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego, według Widala kolloidoklazycznego, przyczem jednocześnie usuwają wrażliwość chorego na białko obce, słowem, działają jednocześnie skeptofylaktycznie i desensibilizująco.

Jednym ze środków najbardziej używanych przez Widala jest pepton, wprowadzony do terapji chorób krwi przez Nolffa; o działaniu jego w krwawiączce miałem okazję mówić tu przed 9 laty. Dawniej używano w tym celu mleka.

Pepton ma tą zaletę, że, wprowadzony podskórnie, nie działa jako antygen i nie wywołuje wstrząsu. Wadą jego jest to, że ma skład nie zawsze jednakowy i wogóle nieokreślony. Jest to właściwie nie pepton tylko mieszanina rozmaitych albumoz i innych rodzajów białka. Widal i jego uczniowie stosowali przeważnie pepton per os i mieli bardzo dobre wyniki w przypadkach pokrzywki i migreny pochodzenia anafilaktycznego. W 3 przypadkach astmy, pochodzenia pokarmowego, z tych w jednym powikłanym astmą pyłkową, była wyraźna poprawa co do natężenia ataków. W innych przypadkach wyniki były ujemne. Natomiast Auld, który stosował pepton dożylnie, opisuje znaczną poprawę w ciągu 3—6 tyg. we wszystkich prawie leczonych przez niego przypadkach, ale i ta poprawa była stosunkowo dość krótkotrwała — bo tylko na przeciąg kilku miesięcy.

Osobiście stosowałem pepton dożylnie w 2 przypadkach. W jednym u kobiety pochodzenia pokarmowego i bakteryjnego — wynik był absolutnie ujemny, w drugim przypadku u mężczyzny, którego tu przedstawiłem, wynik był bardzo dobry, ale trwał tylko 4 tygodnie. Zaznaczyć muszę, że pierwsze dożylne dawki, choć mniejsze od stosowanych przez Aulda, wywoływały niewątpliwy napad astmy już po pół godzinie. W 3 przypadkach astmy czysto pokarmowej (ser, mięso wołowe i chleb kartkowy) wynik od stosowania wewnętrznego peptonu był bardzo dobry, chorzy stracili ataki, jak długo brali pepton, wskutek czego zmuszeni byli prawie ciągle go brać.

W przypadkach t. zw. idiosynkrazji (poziomki raki, w konserwach) i w pokrzywce pochodzenia niewyjaśnionego, pepton dawał bardzo dobre wyniki. Widal stosował w astmie również wlewania dożylne 30 cm fiz. roztworu soli, wynik był problematyczny, w dodatku wlewania te wywoływały gwałtowny wstrząs. Lepsze wyniki otrzymywał on za pomocą autoseroterapji. Widal przekonał się, że, jeżeli wziąć krew od chorego i po 24 g. zebrać surowicę, to taka surowica wprowadzona do krwi, działa jak białko obce i może wywołać wstrząs dość silny. Otóż wstrzykiwanie takiej surowicy do żył astmatykowi wrażliwemu na włosy baranie spowodowało wyraźną poprawę, ale tylko na 2 tygodnie. Natomiast Achard i Flandin mieli bardzo dobre wyniki po podskórnem stosowaniu surowicy chorego ale w dawkach małych i częstych (0,2—1,0) w astmie siennej, pokrzywce i chorobie Quinckego.

Stosowałem autoseroterapję w 3 przypadkach astmy. W 2 przypadkach szpitalnych zastrzyknięcie podskórne 15 cm surowicy było bez skutku. Natomiast w przypadku tu przedstawionym, dotyczącym kobiety wrażliwej na wełnę i inne substancje nie dające się określić, 20 cm surowicy zastrzykniętych dożylnie dało wprawdzie nazajutrz silny napad, który trwał kilka dni (dotychczasowe napady trwały tylko kilka godzin), ale zato od tego czasu, t. j. w ciągu 3 tygodni,

nie było wcale napadów. Dalsze stosowanie autoseroterapji (co 2—3 dzień) przerwało astmę na pół roku. Metody Acharda i Flandina nie miałem jeszcze sposobności wypróbować.

Stwierdzić obecnie, jakie przypadki nadają się do autoseroterapji, jest trudno, jest to rzecz przyszłości. Sądzę, że na razie uciec się do niej należy w przypadkach ciężkich i gdzie trzeba działać szybko. Pierwsza dawka, sądzę, powinna być duża — najlepiej dożylnie, a następne, mniejsze, podskórne.

Co do autohemoterapji, to ze względu na łatwiejsze jej stosowanie, powinna ona zdobyć sobie popularność — skuteczność jej, zdaniem niektórych, jest znaczna. Metodę tę stosowałem systematycznie u 3 chorych; po 5 zabiegach (20 cm) napady raz znikły, w innych 2 poczęły słabnąć, po 10 znikły. Wynik jednak jest niezbyt trwały, tak np. raz po miesiącu już napady wróciły, tak że zmuszony byłem kurację powtórzyć. W innych 2 przypadkach skutek był dłuższy, bo trwał prawie 4 miesiące.

Taką samą proteinoterapją, co i opisane dopiero metody, jest metoda leczenia wakcynami Danysza. Tu niema, wbrew Danyszowi, żadnego działania swoistego, niema żadnych swoistych antygenów, albowiem szczepionki jego nie zawierają wcale tych bakteryj, które najczęściej są przyczyną astmy prawdziwej i wrzekomej. Tu działają wyłącznie proteiny bakteryj, jako ciała obce, i z tego głównie względu mogą one być pożyteczne. Zaprzeczyć się jednak nie da, że pewne działanie mogą one mieć jako antigeny, jeżeli bakterje w nich zawarte odpowiadają przypadkiem florze chorego. Ale to jest rzecz rzadka i przypadkowa.

Rozumie się, że szczepionki samorodne stoją znacznie wyżej od różnorodnych obcych, gdyż tu oprócz protein działają i antigeny swoiste. Dotychczas stosowałem szczepionkę samorodną w 12 przypadkach astmy, przeważnie o etjologji nieznanej lub wyraźnej bakteryjnej. Najlepsze wyniki widziałem u osób starszych z chorobą zastarzałą lub występującą sezonowo. Tu niekiedy już 6—8 zastrzyknięć znacznie łagodziło stan chorych, a w niektórych przypadkach napady, dotychczas bardzo częste, znikały. Należy jednak leczenie to stosować wytrwale, najlepiej w ciągu kilku miesięcy, przyczem należy od czasu przygotowywać świeżą szczepionkę, gdyż skład flory chorego łatwo się zmienia.

Ogólne wrażenie, jakie wynosi się z tych usiłowań szkoły francuskiej, którym nie można odmówić uzasadnienia teoretycznego, jest, że na razie stoją o wiele niżej co do trwałości skutków od metody amerykańskiej. Sądzę jednak, że mają przed sobą wielką przyszłość, szczególnie, gdy zostaną oparte na materjale tak obfitym w liczby, jak amerykański.

Jeżeli teraz na zakończenie pozwolę sobie streścić sposób postępowania leczniczego w przypadkach astmy, wyraziłbym się w sposób następujący:

W każdym przypadku należy starać się wykryć przyczynę astmy; w tym celu należy nietylko badać odczyn skórny, ale i dokładnie zebrać wywiady od chorego, dotyczące całego jego życia i jego przyzwyczajeń. Pozatem należy chorego bardzo dokładnie zbadać i anomalje wykryte (ropienie w ustach, w nosie i t. d.) dobrze rozważyć pod względem związku ich z astmą.

Ponieważ wykrycie przyczyny astmy może zająć czas dłuższy i nie zawsze się udaje, należy, wobec bardzo rozpowszechnionej etjologji bakteryjnej astmy, w każdym przypadku cięższym i dłużej trwającym, szczególnie u osób starszych, uciec się do szczepionek, z początku heterogennych, jako łatwiej dostępnych, a następnie do autogennych. W braku szczepionki należy się uciec do autohemoterapji.

W razie wykrycia silnej wrażliwości na emanacje końskie, należy bezwarunkowo leczyć chorego proteinami swoistemi, które dają znakomite wyniki. Tak samo należy leczyć astmę pyłkową. Wrażliwość na pokarmy należy leczyć przez unikanie ich, albo też przez stopniowe zwiększanie dawek protein, stosowane do wewnątrz.

Sądzę, że w tym krótkim zarysie przedstawiłem Szan. Panom całokształt nauki o astmie tak, jak się on obecnie przedstawia. Wiele pozostaje tu jeszcze do zrobienia, poczęści na drodze klinicznej, poczęści na drodze doświadczalnej na zwierzętach. Drogi są wyraźnie wskazane. Jeżeli uda mi się zachęcić Szan. Kolegów do pracy w tym kierunku, zadanie mego odczytu będę uważał za spełnione.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Wojciech Świętosławski. **Chemja fizyczna,** T. 1 I. Wstępne wiadomości z termodynamiki, II. Piarwiastki chemiczne. III. Układy jednoskładnikowe. 1922. Nakł. Trzaski, Eweta i Michalskiego. Warszawa. 278 str. Cena 7200 Mp.

Wobec znaczenia, jakie chemja fizyczna ma dziś dla nauk biologicznych i medycyny, ukazanie się oryginalnego, jasno i treściwie napisanego podręcznika tej nauki nie będzie dla świata lekarskiego obojętne. Biolog, interesujący się podstawami fizyczno-chemicznemi fizjologji, przestudjuje z pożytkiem książkę prof. Świętosławskiego, i znajdzie w niej zarys chemji fizycznej, obejmujący najnowsze zdobycze tej nauki, a przedstawiony jasno i krytycznie przez uczonego poważnego, panującego w zupełności nad przedmiotem. Referent nie zna krótkiego podręcznika chemji fizycznej obcego, któremu mógłby przyznać wartość nad pięknym podręcznikiem prof. W. Świętosławskiego. *J. Parnas* (Lwów).

Prof. Dr. Adam Sołowij. **Nauka położnictwa dla położnych** z 102 rycinami w tekscie 8 tablicami. Lwów 1922.

W przeciągu pięćdziesięciu lat pojawiły się dwa podręczniki położnictwa dla położnych: Jordana i Dobrowolskiego.

Znając materjał uczennic położnictwa czyli przyszłych akuszerek, zawsze mi na myśl przychodziło, czy dla tych kobiet wyżej wspomniane książki nie są za obszerne; czy nie mają, jak na te głowy, za wiele balastu może niekoniecznego. Do nader ciężkiego zawodu położnych nie kwapią się bowiem ani kobiety z inteligencji ani nawet z półinteligencji lub z jakąś ukończoną szkołą, żeby to np. typu sześcioklasowego. Bywają to przeważnie dojrzalszego wieku kobiety niewprawnie, co najwyżej, czytające i nie ortograficznie bazgrzące. Gdyby też to były lepiej przygotowane do uczenia się kobiety, a przytem z pewną dążnością do doskonalenia się, co jest nader rzadkiem, to wspomniane typy książek byłyby doskonałe. Dla materjału jednak szkolnego, jaki istnieje u nas, i jaki bardzo długie lata istnieć będzie, potrzebny jest podręcznik, któryby zawierał wiadomości absolutnie konieczne, bez których położna obejść się nie może i które, po należytem praktycznem przygotowaniu w szkole, często sobie będzie przypominać, zaglądając do owego podręcznika, jeżeli jej czytanie nie przychodzi za ciężko.

Zdawałby się mogło, że napisanie takiego podręcznika jest rzeczą łatwą. Tymczasem tak nie jest i być nie może, gdy tu nie tylko trzeba umieć się zniżyć, lecz i umieć osądzić, co jest konieczne, co mniej konieczne i co można zupełnie pominąć. Tu znaleźć granice, ciągle się zacierające, nie jest rzeczą łatwą. Pamiętać jednak należy, że książka taka napisana jest dla uczennic szkoły, w której dowiadują się obszerniej o wielu działach i w której, co najważniejsze, uczą się praktycznie położnictwa.

Wychodząc z tego stanowiska, musimy stwierdzić, że nowy podręcznik położnictwa dla położnych wcale nie jest, pomimo tamtych dwu, zbyteczny, przeciwnie, może być użyteczniejszy, gdy nie zawiera nic więcej, jak to, co koniecznie wiedzieć potrzeba, nie zapominając o rodzaju materjału szkolnego, dla którego jest przeznaczony. Jeżeli o to chodzi, czy autor dobrze przesiał przez sito cały materjał, aby otrzymać do celów, jakie sobie zakreślił, ziarno najużyteczniejsze, musimy przyznać, że mu się to zupełnie udało i że jego książka odda niewątpliwe nie małe usługi. Bo też i uczenie położnictwa w tutejszej szkole położnych, prowadzonej przez autora, nie można nazwać inaczej, jak doskonałem, o czem jako współegzaminujący miałem sposobność się przekonać i podziwiać, co z takiego materjału można zrobić przy usilnej pracy i dobrych chęciach.

Jeżeli jednak temu podręcznikowi można czynić pewne zarzuty, to jedynie takie, które nie ujmują nic z jego wartości dydaktycznej. Wrażenie, jakiego przynajmniej ja doznałem z czytania podręcznika omówionego, było tego rodzaju, jakby był pisany w pośpiechu, jakby autorowi lub nakładcy bardzo zależało na jego pojawieniu się terminowem. Na tem ucierpiał nierzadko i język i dobór wyrazów oraz jasność okresów. Są i powtarzania się i pewne niedopowiedzenia, jakby autora coś wstrzymywało.

Twierdzenia mego nie chcę popierać dowodami, bo mam przekonanie, że autor sam w drugiem wydaniu dostrzeże i usunie te nie ważne usterki, aby i pod względem zupełnego wykończenia była bez zarzutu ta niewątpliwie wielce użyteczna książka. *W. Bylicki* (Lwów).

Witold Nowicki. **O chorobie raka i jej zwalczaniu.** Wydawnictwa Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Serja popularna. Lwów 1922.

Zadaniem książeczki jest uświadomienie czytelnika, co to jest rak, i jak z nim należy walczyć. W tym celu autor w sposób popularny porusza na 72 stronicach sprawę rozpowszechnienia się raka zagranicą i u nas, tłumaczy, co to jest rak, i czem się różni od nowotworów dobrotliwych, omawia zagadnienie dziedziczności względem raka, jego zakaźność, znaczenie rasy, wieku, płci, alkoholu, odporność na raka, leczenie operacyjne i zachowawcze, sprawę pielęgnowania chorych na raka, wreszcie opisuje główne zasady walki z rakiem, podjętej zagranicą, i przytacza, co pod tym względem zrobiono u nas. Książeczka jest napisana zupełnie dostępnie dla inteligentnej publiczności, dla której jest przeznaczona, bogatą treścią, żywym stylem i rysunkami niezawodnie przyczyni się do rozpowszechnienia w Polsce wiadomości o raku i w ten sposób, skierowując niejednego chorego do lekarza w początkowym okresie choroby, może uratuje niejedno życie.

Książeczce należy życzyć szerokiego rozpowszechnienia. Cena książeczki 400 Mp. jest umiarkowana.

Witold Orłowski (Kraków).

»Przyroda i technika«, miesięcznik poświęcony naukom, przyrodniczym oraz rozwojowi przemysłu i rolnictwa, wydawany przez Polskie Tow. przyrodników im. M. Kopernika (Kraków, Lwów, Poznań, Warszawa, Wilno). Lwów—Warszawa. Nakładem Książnicy Polskiej Tow. naucz. szkół wyższych przy zasiłku Wydziału nauki Ministerstwa W. R. i O. P.

Polskie Tow. przyrodników im. M. Kopernika, odczuwając potrzebę popularnego pisma przyrodniczego, już od dłuższego czasu starało się wznowić wydawnictwo »Wszechświata«, który przestał wychodzić ze śmiercią nieodżałowanej pamięci B. Znatowicza. Gdy jednak starania o to wznowienie spełzły na niczem, postanowiło Towarzystwo podjąć osobne wydawnictwo w rodzaju »Wszechświata«. I oto, dzięki tym staraniom i uzyskaniu wydatnej pomocy ze strony Ministerstwa W. R. i O. P., mamy przed sobą pierwszy zeszyt nowego, a tak bardzo potrzebnego pisma »Przyroda i Technika«. Programem pisma jest »zaznajamianie w sposób popularny ogółu społeczeństwa polskiego z najnowszemi zdobyczami naukowemi na polu przyrodoznawstwa i współczesnej techniki oraz rozpowszechnianie wiadomości o przyrodzie ojczystej«. Pismo ma nadto powiadamiać czytelników o ruchu naukowym przyrodniczo technicznym w Polsce. W tekście ma umieszczać liczne ilustracje.

Pojawienie się nowego pisma należy powitać z żywem zadowoleniem, wypełni ono bowiem dotkliwą lukę, jaka pozostała po »Wszechświecie«, i wzbogaci dzielnie nasze ubogie perjodyczne piśmiennictwo popularno-naukowe. »Przyroda i technika« powinna się znaleść przedewszystkiem w rękach młodzieży, a więc w bibliotekach szkolnych, o co winny postarać się nasze władze szkolne. Redakcję pisma objął dr. Benedykt Fuliński, profesor politechniki lwowskiej. Pismo jest miesięcznikiem. Adres Redakcji: Politechnika, Instytut zoologiczny, Nabielaka 22; Administracji »Książnica polska« T. N. S. W. Lwów, Czarneckiego 12.

Pierwszy zeszyt zawiera: Do Czytelników. — Pamięci B. Znatowicza. — Z. Fuchs. Budowa materji w świetle badań nowoczesnych. — S. Krzemieniewski. Ochrona przyrody ojczystej i jej znaczenie. — T. Malarski. Zarys rozwoju radiotelegrafji. — J. Łomnicki. O gościach mrówek.— Uczczenie zasług naukowych Franciszka Chłapowskiego. — Ruch naukowy. —Przegląd czasopism. —Przegląd książek. — Zapiski. *W. Nowicki* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich.
Tom I. zeszyt 2.

K. Lewkowicz. **Działanie zaziębienia i urazów dróg oddechowych.** Autor, opierając się na pracach swoich poprzednich i na spostrzeganym przypadku, wywołanym przez pseudomeningokoka, ziarenkowca gramoujemnego, ale mimo to nie identycznego z meningokokiem, dochodzi do następujących wniosków: zapalenie komór mózgowych, polegające na zakażeniu meningokokiem lub ziarenkowcami pokrewnemi, może w niektórych przypadkach przebiegać od początku w sposób przewlekły lub nawet utajony. Powstaje wtedy obraz zapalenia surowiczego opon, wodogłowia lub nawet guza mózgowego. Zapalenie komór powinno być uważane za zapalenie nieżytowe a przebieg utajony tego cierpienia z pojawiającemi się od czasu do czasu zaostrzeniami może być zestawiony z podobnemi przebiegami, zdarzającemi się przy zakażeniach grypowych. Wyniki badań, uzyskane przy zapaleniach opon, mogą posłużyć do wyjaśnienia pewnych zagadnień przy zapaleniach nieżytowych dróg oddechowych, przy których badań równorzędnych przeprowadzić nie można z powodu trudności technicznych. Zakażenie tworzy się podczas okresu utajonego spraw nieżytowych wyłącznie w nabłonkach, mianowicie w gniazdach zrzadka rozsianych, złożonych z jednej lub z kilku komórek nabłonkowych. W komórkach tych mikroby rozmnażają się bardzo obficie i są dobrze utrzymane. Dopóki drobnoustroje są nieuszkodzone i zawarte w nabłonkach, nie wywołują one żadnych objawów odczynowych. Komórka zakażona zostaje w końcu zupełnie zniszczona, odpada od podścieliska i rozpada się, a oswobodzone mikroby osiadają na nowych komórkach nabłonkowych, gdzie jednak przeważnie ulegają zniszczeniu tak, że zachowane zostają tylko w bardzo nielicznych gniazdach. Równocześnie uwalniają się także z rozpadłych nabłonków pewne ciała, które mogą wywoływać odczyny miejscowe i ogólne. Złuszczanie się nabłonków zakażonych odbywać się może samoistnie i jest wtedy bardzo skąpe, ale powtarza się często, albo też następuje nagle i masowo pod wpływem pewnych szkodliwości zewnętrznych. Przy zapaleniach opon wywierają taki wpływ upusty płynu z komór, przy sprawach grypowych mogą podobnie działać przedewszystkiem zaziębienia, uśpienie chloroformem i eterem, zatrucia gazami, a także urazy fizyczne i psychiczne. Leczenie swoiste spraw nieżytowych np. gonokokowych miałoby widoki powodzenia głównie w takim razie, gdyby można stosować surowicę swoistą wprost na zajęte zakażeniem śluzówki.

Wit. Kapuściński. **Studja w sprawie zachorzeń jagliacych.** Krytyczny przegląd piśmiennictwa, oparty na klinicznem doświadczeniu upoważniają autora do następujących wniosków: 1) ostra postać jaglicy jest swoistym wynikiem działania zarazka jagliczego; 2) ziarenka czyli jagielki są cechą poboczną, a nie główną w obrazie klinicznym jaglicy; 3) między jaglicą a nieżytem mieszkowym niema naogół tej przyczynowej różnicy, która dzisiaj uchodzi prawie za dogmat; 4) Istnieją stany zapalne śluzówki, nacechowane tylko aksamitnym wyglądem w połączeniu z korkociągowatemi naczyniami, wywołane przez zarazki jaglicy; 5) zapalenia śluzówki, w których znane chorobotwórcze drobnoustroje się nie znajdują, są prawdopodobnie również wywołane przez zarazek jaglicy, chociaż wymienione wyżej cechy w ciągu choroby nie wystąpią lub wystąpią może tylko w małym stopniu.

Jan. Dąbrowska. **Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy.** Autorka postanowiła podjąć badania nad etjologją miażdżycy, idąc w kierunku anatomo-pato-

logicznym, opierając się na licznych badaniach doświadczalnych ze stosowaniem wyciągów z różnych narządów oraz na spostrzeżeniach klinicznych autorka zwracała uwagę na sekcji w przypadkach miażdżycy na zachowanie się nerek, nadnerczy, przysadki mózgowej i tarczycy.

Na ogólną liczbę zbadanych gołem okiem 56 przypadków 40 odpowiada następującemu schematowi: przy przewadze istoty korowej nad istotą rdzeniową w nadnerczach rozwija się przeważnie miażdżyca centralna, przy przewadze istoty rdzeniowej nad korową — miażdżyca obwodowa. Od tego zależy stosunek rozwoju obu postaci miażdżycy i jest w związku z przewagą czynników lipoidalnych lub wzmagających ciśnienie. A. nie przypuszcza, iż przy wzmożonem ciśnieniu, przy większem wydzielaniu adrenaliny i przy silniejszem jej działaniu na komórki zwojowe, przy czynnikach nerwowych występuje tak ważny czynnik dla powstawania miażdżycy, jak gra naczynioruchowa. Na czynniki te muszą w pierwszym rzędzie odpowiadać naczynia obwodowe, to obwodowe serce, którego praca idzie równomiernie z pracą serca centralnego. Dlatego też w tych właśnie naczyniach muszą następować największe uszkodzenia włókien sprężystych, ten pierwszy czynnik, który powoduje osłabienie ściany naczyniowej, chęć ze strony ustroju wyrównania światła naczynia, bujanie błony wewnętrznej i występujące w niej zmiany miażdżycowe. Natomiast przy przewadze miażdżycy centralnej odgrywać muszą rolę prawdopodobnie jakieś czynniki toksyczne lub inne uszkadzające ścianę dużych naczyń, w następstwie czego występuje ich osłabienie. Oczywiście, że i tu pewną rolę może odgrywać wzmożone ciśnienie, lecz może nie w tym stopniu, jak w naczyniach obwodowych. Błędem byłoby jednak przypuszczać, iż rola nadnerczy w powstawaniu miażdżycy jest rolą wyłączną. Może być szereg innych czynników, wywołujących miażdżycę, jak na to wskazują także przypadki Dąbrowskiej. Nadnercza wtedy mogą odgrywać rolę drugorzędną lub nawet nie odgrywać żadnej roli.

Własne badania autorki przekonały ją, iż miażdżyca może się przejawiać histologicznie nie zawsze w postaciach charakterystycznych, że zmiany ograniczają się nie tylko do błony wewnętrznej, jak to bywa w obrazach klasycznych, lecz że bardzo często dotykają one i błonę środkową.

Co do etjologji miażdżycy, autorka nawołuje do rozpoczęcia na nowo badania przy użyciu wszelkich nowoczesnych sposobów, gdyż poglądy dzisiejsze są przestarzałe i niezgodne z istotą tej sprawy.

St. Borowiecki. **Badania genealogiczne trzech rodzin ciężko obarczonych usposobieniem do chorób umysłowych.** Po przedstawieniu badań genealogicznych trzech rozpatrywanych rodzin, autor wyłania z mnóstwa podanych w piśmiennictwie sprzeczności kilka faktów niewątpliwych. Okazuje się mianowicie, że psychozy podobne przeważają u rodzeństwa, w pokoleniach po sobie następujących, natomiast nie zawsze można zauważyć przewagę psychoz podobnych. W rodzinach zaś, w których psychozy występują bardziej licznie, znowu góruje dziedziczenie podobne. Na podstawie materjału faktycznego, pomimo niewątpliwego istnienia w pewnych przypadkach podobieństwa dziedziczenia, nie można zatem obalić istnienia poliformizmu w innych przypadkach.

Tablice autora dają nam obraz zawiłych i pozornie często sprzecznych stosunków biologicznych, z jakiem się spotykamy. Dając nam z jednej strony przykład rozległego dziedziczenia podobnego, przedstawiającego jednak przy bliższem rozejrzeniu się najróżnorodniejsze postacie usposobienia psychopatycznego, dowodząc, że nawet podobieństwo dziedziczenia jest bardzo skomplikowane i nie zawsze dotyczy rozpoznania, ale często tylko poszczególnych objawów, przebiegu lub korelacji, stwierdzają z drugiej strony polimorfizm. Tablice te wykazują niewątpliwy wpływ obarczenia dziedzicznego w powstawaniu psychoz, szczególnie, jeśli zważymy zwiększenie się liczby psychoz w przypadkach obarczenia obustronnego. Dziedziczenie usposobienia do stępienia przedwczesnego jest tu wszędzie pośrednie, dziedziczenie usposobienia do psychozy manjakalno-depresyjnej często bezpośrednie. O ile pozwalałoby to wnosić o recesywności usposobienia pierwszego, a o charakterze dominującym usposobienia drugiego, orzekać w sposób pewny trudno, w każdym razie przemawiałoby to za rzeczywistością usposobienia do otępienia przedwczesnego.

W badaniach autora występuje wyraźna względność pojęcia podobieństwa dziedziczenia, jak i jego polimorfizm, a na pierwszy plan wysuwa się rozmaitość spostrzeganych zjawisk i konieczność dokładniejszego psychopatologicznego ustalenia frenotypów klinicznych wśród szerokich ram genealogicznych. Badanie rodzin prowadzi zatem do rewizji pojęcia »jednostki chorobowej«, t. z. jednostki chorobowe w dotychczasowem rozumieniu nie odpowiadają bynajmniej wymaganiom biologji, nie są one bowiem dość genealogicznie i biologicznie pomyślane. Dlatego najzupełniej uzasadnioną wydaje się autorowi próba ustalenia jednostek klinicznych na podstawie badania rodzin, a nie wyłącznie na podstawie badania klinicznego pojedynczych przypadków. Uwzględniając rozległe zadania, zarysowujące się na podstawie współczesnych badań nad rodzinami, jak najściślej związane z zagadnieniami klinicznemi, autor na zakończenie podkreśla ze szczególnym naciskiem konieczność ujednostajnienia metodyki badania dziedziczności.

H. Gruszecka. **O mechanizmie powstawania urojeń prześladowczych.** Mechanizm rzutowania w niektórych postaciach urojeń prześladowczych jest wynikiem dwóch czynników: Pierwszym jest rozterka wewnętrzna chorego, która wiedzie do wyparcia, względnie do niedopuszczenia do świadomości jednej z dwu sprzecznych dążności chorego w odniesieniu do tego samego przeżycia, drugi czynnik, to tendencja do wyżycia się stłumionej dążności chorego. Tę tendencję stłumionych życzeń i uczuć chorego do znalezienia sobie jakiegoś ujścia musimy uważać za główną przyczynę rzutowania. Oba te czynniki działają jednak w psychice zmienionej już przez właściwą sprawę chorobową. Toteż powyższe wywody mogą rzucić conajwyżej pewne światło na sam mechanizm rzutowania i jego determinację psychologiczną, na przyczyny, określające jego zewnętrzną postać i psychologiczną strukturę. *W. Janusz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.
Maj i czerwiec 1921.

C. Greene i A. Gilbert. **Badania nad zachowaniem się krwiobiegu przy zmniejszaniu ilości tlenu w powietrzu.** Ustrój do czasu stara się wyrównać stopniowo zmniejszoną ilość tlenu w powietrzu. Po dojściu do pewnego kresu zmniejsza się lub znika uwaga badanego osobnika; ginie dowolna kontrola mięśniowa; następuje zupełna utrata przytomności, lecz z zachowaniem pewnego stopnia odruchowej kontroli dowolnych mięśni. W czasie wszystkich tych okresów odbywa się bicie serca i ruchy oddechowe. Krwi obieg wreszcie zatrzymuje się raptownie. Autorowie zbadali na 21 osobnikach zachowanie się serca we wszystkich wymienionych okresach włącznie aż do zapadu. Już z doświadczeń Berta, Schmidera, Whitney'a wiadomo, że brak tlenu w powietrzu wpływa na przyspieszenie tętna. Wpływ ten zrazu niewielki, bardziej się zaznacza w razie obecności 15—12% tlenu. Unikać należy w czasie doświadczeń nadwerężenia serca i rozszerzenia. Scheider, Sisco nie znajdowali jeszcze rozszerzenia serca na wysokości 14110 stóp. Najniższą ilością tlenu, jaką wytrzymują pewne ustroje z zachowaniem wyrównania, jest 7—6%, co odpowiada wysokości około 28000—30000 stóp.

Główne zmiany przed przełomem w doświadczeniu były następujące: 1) Skrócenie odległości P—R na krzywej tętna, co świadczy o przyśpieszeniu przewodnictwa, i znanem jest, jako wynik przyśpieszania się tętno w czasie ćwiczeń, 2) zmniejszała się cała odległość RT, 3) zmniejszała się rozległość fali T, obniżając się stopniowo ku fazie końcowej do chwili, gdy zjawia się maximum odchylenia, 4) czasami fala T stawała się dwufazową lub ujemną w chwili przesilenia lub bezpośrednio przed niem. Przedprzesileniowym zmianom krzywej towarzyszyły odczyny wyrównawcze, powodowane brakiem tlenu — ogólne przyśpieszenie tętna, wzmożenie się

ciśnienia krwi, ilości powietrza, wdychanego w przeciągu minuty. Natychmiast po przesileniu tętno stawało się wolniejsze, stopniowo oddalał się moment czynności »nadawcy rytmu«, czyli ośrodka, wytwarzającego rytm, od węzła przedsionkowo-komorowego. Tętno powracało do normy po przesileniu w przeciągu minuty a nawet i prędzej. Ze 120—130 uderzeń zwalniało się do 50—60. Zmianie tej w 6-ciu przypadkach towarzyszył rytm pochodzenia przedsionkowo-komorowego. W trzech przypadkach powstały rytm zatokowo-przedsionkowy ustąpił pod wpływem wznowionego dostępu powietrza. Dwa razy znikło zupełnie przewodnictwo z zachowaniem bicia przedsionków, fala tętna zginęła zupełnie dwa razy. Siła serca słabła odpowiednio do zmniejszania się ilości tlenu.

Autorowie w doświadczeniach swych nie doprowadzali do całkowitego osłabienia węzła przedsionkowo-komorowego lub łączności węzła z mięśniem komór. Z powyższego rodzi się nierozwiązane dotychczas pytanie: od czego zależą opisane zjawiska — czy od działania nerwu błędnego (vagospasmus), jako odczynu na zaduszanie się, czy też od bezpośredniego braku tlenu w tkankach?

Przy badaniu kandydatów do lotnictwa zwracano uwagę na nieprawidłowości tętna, które mogą określać stopień zdatności do służby; zauważono też powstawanie niemiarowości tętnia w razie zniżonej prężności tlenu w powietrzu. Autorowie badali zachowanie się tętna i notowali za pomocą sfigmografu ilość tlenu wdychanego. Z początku osobnik badany oddychał w przestrzeni powietrza o określonej ilości tlenu, która stopniowo ulegała zmniejszaniu, podczas gdy wydychany dwutlenek węgla pochłaniano wodotlenkiem potasowym. Na lewej ręce badanego przymocowano polygraf Mackenzie'go. Zapisów dokonywano co 5 minut, a w połowie przypadków stale z nieuniknionemi tylko przerwami w razie gwałtowniejszych ruchów badanego, przy dokonywaniu zdjęć roentgenowskich. Liczono przytem tętno, zapisywano ciśnienie krwi w skurczu i rozkurczu — na początku badania co 2 minuty, później co minutę. Oddech badano spirometrem, dokładną ilość wdychanego powietrza określano w dziesiątych częściach litra. Częstość tętna wzrastała aż do ostatnich chwil doświadczenia. Rozległość fali tętna wzmagała się stopniowo, czynność serca stawała się żywszą wraz z wzrastającem ciśnieniem. W niewielkiej ilości przypadków objawy niedomogi krwiobiegu zjawiały się przed lub jednocześnie z obniżeniem sprawności psychicznej. Dwubitność tętna zauważyć się dawała nieraz przez cały czas doświadczenia, lecz niezależnie od siły odczynu serca. Jeżeli jej nie było na początku, wtedy dwubitność zjawiała się w końcu doświadczenia, gdy wzrastało ciśnienie skurczowe. Stale prawie widywano ją w ostatnich minutach próby, gdy ciśnienie skurczowe było wzmożone, a opór na obwodzie zmniejszał się, co było widoczne z opadania ciśnienia rozkurczowego i słabnięcia 2-go tonu na tętnicy głównej. Jak już Mackenzie zapewniał »obecność fali dwubitnej świadczy, iż zachowała się poważna ilość ciśnienia tętniczego«. Gdy odczyn serca słabnie, fala dwubitna znika. Naddwubitność zjawiała się w tych samych warunkach, o ile przytem następowało przyśpieszenie tętna. Niemiarowość pochodzenia zatokowego widoczną była we wszystkich przypadkach (81 raz); zwiększała się przy umiarkowanie przyśpieszonem tętnie, poczem znów słabła. Stopień niemiarowości rozwijał się równolegle do odczynu oddechowego, co wskazuje na współudział nerwu błędnego. W końcu np. niemiarowość znikała, gdy tętno przyśpieszało się znacznie. Przedwczesne skurcze komór zauważono u dwóch lotników (na 78 badanych) przed rozpoczęciem doświadczeń, u czterech innych dopiero w czasie prób — u jednego po 12-tu minutach przy tętnie 64, u drugiego również po 12 minutach przy tętnie 90. Raz jeden zauważono uderzenia międzybiegunowe po skończonej próbie przy tętnie 84.

Wogóle zjawiały się skurcze przedwczesne na początku doświadczeń, gdy wzmagał się odczyn oddechowy. Przy zwiększaniu się uderzeń serca ginęły owe za wyjątkiem jednego osobnika, który posiadał niewielką wadę serca. Objaw ten nie zmniejsza zdolności zawodowej lotników, gdyż wpływa niewiele na sprawność mechaniczną serca, jak to wykazali doświadczalnie Eyster i Swarthout. Na tętno naprzemienne zwracano szczególną uwagę, zwłaszcza ku końcowi próby, zauważono je jednak tylko 2 razy (raz jeden przy tętnie 95). Widocznie jest to objaw rzadki. Różnica wysokości fal była wtedy niewielka. *J. Drac.*

Choroby kobiece.

Ginekolugja.

Zentralblatt für Gynaekologie. 1921. Nr. 5.

H. Martius. **Zapobiegawcze cięcie cesarskie.** Rozwój techniki cięcia cesarskiego usunął na plan drugi obrót profilaktyczny i przedwczesny poród, stosowane dawniej przy miednicach ścieśnionych, i pozwolił zastosować postępowanie zapobiegawcze w daleko szerszym zakresie.

Autor sądzi, że typową operacją pozostaje dotychczas niskie wśródotrzewnowe cięcie cesarskie (zastrzega się przeciwko nazwie c. c. szyjnego; operuje się bowiem w dolnym odcinku, którego nie można identyfikować z szyją).

Jeszcze przed czasem w klinice w Bonn w przypadkach niezupełnie czystych operowano pozaotrzewnowo. Wskutek jednak niebezpieczeństwa uszkodzenia pęcherza, a dalej na podstawie badań bakterjologicznych Waltharda i własnej statystyki, które wykazały większą odporność otrzewnej na zakażenie, niż rany w powłokach brzusznych, — zaniechano tej metody.

Przytacza historję choroby 29 wieloródki ze ścieśnioną miednicą (sprzężna podł. Bylickiego 8 cm), u której w 39 godzin po odejściu wód płodowych wykonano cięcie cesarskie wśródotrzewnowe. Badanie bakterjologiczne wód płodowych wykazało obecność paciorkowców — na główce dziecka w kilka dni po porodzie wystąpiła martwica skóry odpowiadająca miejscu cieśni miednicy — mimo to przebieg po operacyjny nie dał najmniejszych objawów otrzewnowych, natomiast wystąpiło nieznaczne ropienie w powłokach brzusznych.

Autor przyłącza się do postępowania tych położników, którzy, nie operując w przypadkach zakażonych pozaotrzewnowo, nie unikają cięcia cesarskiego wśródotrzewnowego.

Przy wyłącznie klinicznej ocenie ciężkości zakażenia należy szczególną uwagę zwracać na tętno.

Wskazania do cięcia ces. w praktyce klinicznej:

1. przy dziecku nieżywem, o ile sprzężna prawdziwa wynosi 6 lub mniej cm; przy mniejszem ścieśnieniu wymóżdżenie;

2. przy dziecku żywem, o ile sprzężna pr. 7.5 cm lub mniej powyżej 7.5 cm, u pierwiastek postępowanie wyczekujące, u wieloródek, które już przebyły ciężkie porody płodów nieżywych, należy operować przy sprzężnej nawet ponad 7.5 cm.

Będzie to właściwie cięcie cesarskie profilaktyczne. W praktyce prywatnej będą tu nadal stosowane: profilaktyczny okres i poród przedwczesny.

O ile cięcie cesarskie pozaotrzewnowe staje się technicznie łatwiejsze, im więcej dolny odcinek jest rozciągnięty, to przy wśródotrzewnowem nie należy na to czekać. Należy więc, w myśl poleceń Leichtensteina, nie zwlekać z cięciem cesarskiem; operuje się więc wcześniej, niż przy c. c. pozaotrz. 2—3 godz. W ten sposób należy postępować z pierwiastkami o sprzężnej ponad 7.5 cm, w której główka nie ustala się i z wielorodkami, o ile przedtem niebyło wykonane cięcie cesarskie profilaktyczne.

Cięcie cesarskie wskazane będzie również przy niekorzystnych ułożeniach lub z powodu złego wstawiania się główki, gdy po kilku godzinach po odpływie wody przy silnych bólach czynność porodowa nie postępuje, a niema jeszcze wyraźnego zakażenia; cięcie cesarskie profilaktyczne zastąpi tu obrót.

W razach, gdy wystąpiło już wyraźne zakażenie — zamiast cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego lub wymóżdżenia, utnie również dają niekorzystny wynik — należy zastosować cięcie cesarskie profilaktyczne z następowem usunięciem macicy i szerokiem drenowaniem ku dołowi.

Autor godzi się z twierdzeniem, że wymóżdżenie zwykłego dziecka powinno być w praktyce klinicznej zaniechane,

sądzi jednak, że w wyjątkowych przypadkach także dla tego zabiegu mogą zajść wskazania.

Rozszerzenie wskazań przy cięciach cesarskich pozwala na dłuższe wyczekiwanie, niż obrót zapobiegawczy. To też w ostatnich 7 latach w klinice w Bonn Franqué 64% kobiet ze ścieśnioną miednicą urodziło samoistnie, w przeciwieństwie do poprzedniego 10 lecia, gdzie odsetki te stano wiły 46,4%—17,6% porodów siłami naturą zaniechanie operacji zapobiegawczych. (Zeitsch. f. G. 1921 Nr. 5, Zesz. 7.

1921. Nr. 4.

P. Wolff. **Pęknięcie krwiaka jajnika z zejściem w krwistek pozamaciczny i jednoczesne krwawienie z trąbki po stronie przeciwnej.**

U 37 letniej wieloródki z powodu objawów zwiększającego się krwisteku pozamacicznego wykonano laparotomję. Podczas zabiegu stwierdzono wśród zlepów jelitowych pewną ilość ciemnej krwi — typowy krwistek pozamaciczny, a jako punkt wyjścia pęknięty krwiak prawego jajnika. Jajnik prawy był wielkości jabłka, prawa trąbka bez zmian; trąbka lewa w części bańkowatej rozdęta — po wylaniu się wypełniającej ją krwi przybiera kształt normalny. Wycięto jajnik prawy. Wycięto trąbkę lewą. Wobec zmian wyrostka jego wycięcia.

Drobnowidzowo nie stwierdzono w trąbce lewej komórek doczesnych ani kosmków — natomiast w części bańkowej skrzepy krwi dokonano częściowo w okresie organizacji; komórki tkanki łącznej napęczniałe, soczyste, ale bez charakteru doczesnowych, w części bliższej macicy były skrzepy śródścienne również stare. Badanie wyciętej części jajnika, a raczej torbieli było wykazało wylewy krwawe na obwodzie torbieli i w zmiażdżonej tkance jajnikowej bez elementów nabłonkowych. Na powierzchni jajnika były stare skrzepy.

Krwistek pozamaciczny z innych powodów, niż pęknięta ciąża pozamaciczna, należy do rzadkości; źródłem jest jajnik, a więc pęknięty pęcherzyk Graafa, lub osunięte torbiele — z nich najczęściej torbiele ciałka żółtego.

Co do przyczyn pęknięcia — podają masturbację, *coitus interruptus* i inne przyczyny, wywołujące zastój żylny w więzach szerokich (tyłozgięcie macicy i nowotwory). Inni oprócz tego stwierdzają takie pęknięcia przy ciąży pozamacicznej i przy włókniakach. Krwawienia z jajnika najczęściej spotykano w wieku 30—40 r. życia.

Trąbki zwykle są mało zmienione, często zdrowe zupełnie. Pęknięciu często towarzyszą bóle okresowe.

Jednocześnie dwa ginekologiczne źródła krwawienia do jamy brzusznej należą do rzadkości. — Istnieje w piśmiennictwie kilka podobnych przypadków opisanych — identycznego z opisanym przez siebie autor w dostępnej literaturze nie znalazł.

Badanie makro i mikroskopowe wyklucza, zdaniem autora, ciążę pozamaciczną — brak zmian w trąbce wyklucza jej krwiaka trąbki w pojęciu Frommego.

Przyczynę krwawienia ustalić w tym przypadku trudno.

W. Jakowicki. (Warszawa).

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.

XX. 1922. Nr. 2.

Lartschneider. **Przyczynki do techniki odcinania wierzchołków korzeni dolnych dwuguzkowców.** Na podstawie badań anatomicznych stwierdził autor, iż położenie otworu bródkowego w stosunku do korzeni dolnych dwuguzkowców jest zmienne: albo otwór ten leży poniżej korzenia drugiego dwuguzkowca w pewnej odległości od niego, albo poniżej korzenia pierwszego dwugozkowca dość blisko, lub też pomiędzy oboma korzeniami. Przy wykonywaniu odcięcia wierzchołka dwuguzkowców trzeba mieć dokładną orjentację położenia obu korzeni i stosunku ich do otworu bródkowego i przewodu żuchwowego. Operacja tworzy, mimo postępowania przeciw i bezgnilnego, z rany ognisko zapalne. Im bliżej tego ogniska zapalnego leży otwór bródkowy, tem większa jest możliwość przeniesienia sprawy zapalnej do wnętrza przewodu żuchwowego i niepożądanych stąd następstw. Trzeba się więc starać o to, by jaknajmniej uszkodzić kość szczękową i pole operacyjne jaknajdalej od przewodu żuchwowego umieścić. Według badań autora jest kość pokrywająca dolną trzecią część korzeni dwuguzkowców najbardziej spoista, podczas gdy kość pokrywająca górne dwie trzecie jest znacznie cieńsza. Opierając się na tem spostrzeżeniu opracował L. sposób resekcji korzeni dolnych dwuguzkowców, polegający na tem, iż wykonuje dwa cięcia poprzeczne przez korzeń, usuwa część w ten sposób wyciętą i przez otwór w ten sposób powstały wytacza wierzchołek. Temsamem unika, przełożywszy okienko w kości znaczniej wyżej, sąsiedztwa otworu bródkowego i mogących z tego wyniknąć niepożądanych powikłań.

Riha. **Periodontitis hyperplastica.** Nazwą tą określa R. zgrubienie ozębnej widoczne w radjogramie, jako rozszerzenie cienia ozębnej, tudzież zgrubienie kości szczękowej ją otaczającej, a objawiające się choremu w postaci bardzo przykrego bolu zębów, dźwigających mostki, zęby ćwiekowe (zwłaszcza riczmondy) opaski regulacyjne, wreszcie wielkie wypełnienia złote lane, tudzież amalganiowe. Co do leczenia, to smarowanie jodyną, ciepło i leczenie wewnętrzne pozostają bez skutku: jedynem leczeniem prowadzącem do celu, jest zdjęcie obciążenia, po którym to zabiegu ulga występuje natychmiast, najpóźniej po upływie dwóch do pięciu godzin.

Doniesienie to mało harmonizuje z doświadczeniami sprawozdawcy.

Loos. **Upośledzenia czucia w obszarze nerwu bródkowego.** Opis przypadku zupełnego znieczulenia w obszarze nerwu bródkowego u kobiety 54-letniej, spowodowane uciskiem torbieli korzeniowej wielkości fasoli, pochodzącej od dwuguzkowców. Ucisk taki powoduje bezkrwistość i następowe zwyrodnienie nitek osiowych w kierunku obwodowym. Rokowanie jest dobre, gdyż po usunięciu przyczyny upośledzenie czucia ustępuje, choć czasem dopiero po dłuższym przeciągu czasu.

Z innych powodów upośledzenia czucia w obszarze nerwu bródkowego należy wymienić:

1. Zranienia nerwu przy operacjach w okolicy dwuguzkowców i kłów. (Odcięcia korzeni, wydłutowania, operacje torbieli).
2. Rozdarcie nerwu przy wyjęciu trzonowców.
3. Uszkodzenia przy wykonywaniu znieczulenia wyłączeniowego w okolicy otworu żuchwowego.
4. Uszkodzenia przez arsen.
5. Histerja.
6. Rozdarcie, nagniecenie, naciągnięcie nerwu przy złamaniu żuchwy.
7. Zapalenie nerwu przyrody zakaźno-toksycznej przy sprawach ropnych w okolicy otworu bródkowego.

XX. 1922. Nr. 3.

Köhler-Etling. **O ciśnieniu zgryzowem i nowym sposobie mierzenia go.** Polecenie badania siły wywieranej przez mięśnie przy żuciu, tak zwanego ciśnienia żującego (Kaudruck), zapomocą metody zapożyczonej z technologji, a polegającej na tem, iż kulkę stalową średnicy 5,75 mm wciska się w płytkę cynową rozmaitemi zębami, mierzy średnice powstałych w ten sposób zagłębień i porównuje z takiemi zagłębieniami, uzyskanemi wciskaniem tejże kulki zapomocą znanego obciążenia.

Loos. **Porażenie nerwu trójdzielnego i twarzowego pochodzenia zębowego.** Opis rzadkiego a interesującego, zarówno dentystę jak i neurologa, przypadku porażenia nerwu twarzowego po stronie prawej i trójdzielnego po stronie lewej, tudzież trzeciej gałęzi trójdzielnego po stronie prawej; porażenie to było wywołane zmianami zapalnemi zębodołów skutkiem nieodpowiedniego leczenia zębów przez technika dentystycznego i polepszyło się znacznie po wyjęciu wzgl. odcięciu wierzchołka chorych zębów.

Hauer. **Sprawozdanie o rozczynie jodowym Pregla.** Sprawozdanie zbiorowe, obejmujące zarówno własne wyniki autora, jakoteż wyniki innych, przedewszystkiem chirurgów i położników. Rozczyn Pregla działa dzięki powoli wytwarzającemu się in statu nascendi jodowi i jego własnościom odkażającym. W chirurgji oddaje dobre usługi do tamponowania ran, przepłukiwania ich i do zanurzania części przezna-

czonych do przeszczepienia. Wstrzykiwany śródżylnie w dawce od jednego do czterystu sześciennych cm dał wprawdzie cały szereg pomyślnych wyników przy posocznicy, grypowem zapaleniu płuc, śpiączkowem zapaleniu mózgu, zapaleniu miedniczek nerkowych, otrzewnej, zakażeniu połogowem i i., lecz z drugiej strony wywołał liczne zejścia śmiertelne z powodu obfitych skrzepów.

La Revue de Stomatologie.
XXI Q. 1. (1922).

Sauvez. **O pożądanych reformach studjów dentystycznych; projekt reorganizacji.** Treść artykułu stanowi referat wygłoszony na posiedzeniu komisji międzyministerjalnej, złożonej z przedstawicieli ministerstwa oświaty i innych, dnia 12. XII. 1921 w sprawie reformy studjów dentystycznych we Francji. Sprawa ta jest tembardziej interesująca, iż reforma studjów dentystycznych, będąca obecnie aktualną w wielu państwach, jest nią również i u nas. Wywody autora stoją na stanowisku bezwzględnej łączności z medycyną, uważając dentystykę za część organiczną tejże, a nie za coś odrębnego, i dadzą się pokrótce streścić, jak następuje:

1) Do wykonywania dentystyki, gałęzi medycyny, koniecznym jest doktorat medycyny.

2) Tytuł »chirurga-dentysty« (Chirurgien-dentiste, istniejący we Francji od roku 1892) zostaje zniesiony w okresie czasu około 6 lat.

3) Postanowienia przejściowe, obowiązujące w okresie aż do zupełnego wejścia w życie nowego porządku studjów, przewidywać mają ułatwienie dotychczasowym chirurgom-dentystom tudzież studentom uzyskania stopnia doktora medycyny przy zmniejszonej liczbie zapisanych kursów.

4) Stomatolodzy francuscy są łącznie z zrzeszeniami ogólno lekarskiemi, do których należą, bezwarunkowo przeciwni stworzeniu osobnego doktoratu dentystyki, jako tytułu niepotrzebnego, nieuzasadnionego, niebezpiecznego i przeciwnego zwyczajom francuskim.

Waton. **O ziarniniakach zębowych.** Autor, profesor stomatologji na uniwersytecie w Montpellier, zastanawia się nad sprawą względnej częstości ziarniniaków wierzchołkowych i rzadkości torbieli i stara się wytłumaczyć ten stosunek badaniami histologicznemi wyłuszczonych ziarniniaków wraz z korzeniami, przyczem dochodzi do wniosku, iż torbiele małe są względnie częste, lecz ulegają często zropieniu, a utrzymują się nieliczne torbiele znaczniejszych rozmiarów. Wskazania lecznicze, wysnute przez autora, nie polecają wyjęcia zębów, nad których wierzchołkami radjografja wykazuje wyjaśnienia, z obawy, iż zabieg taki mógłby pozostać niezupełny z powodu oderwania się ziarniniaka, względnie torbieli, pozostania w głębi zębodołu i podtrzymywania dalszej sprawy zapalnej, ani też odcięcia wierzchołka korzeni, jako »operacji«, na którą nie możemy chorych naszych często narażać. Natomiast, wychodząc z założenia, iż ziarniniaki nie zmieniają się nigdy w torbiele, lecz są wyrazem odczynu obronnego kości szczękowej, poleca zabiegi zachowawcze, zmierzające do wyleczenia zębów zakażonych.

(Uwaga sprawozdawcy: takie postawienie sprawy przez autora musi uważanem być, według obecnego stanu rzeczy, za przestarzałe i zarówno przy definicji ziarniniaków, jak i wskazaniach leczniczych, należałoby postawić wielki znak zapytania).

Thésée. **Naturalne wypadnięcie zęba mlecznego powodem śmierci krwawca.** Opis przypadku śmierci ze skrwawienia chłopca dziesięcioletniego po wypadnięciu drugiego trzonowca mlecznego dolnego. Mimo zastosowania wstrzykiwań surowicy, żelatyny, ergotyny chłopiec, pochodzący z rodziny krwawców, zmarł w kilka dni po wypadnięciu zęba. Nawiązując do tego przypadku poleca autor leczenie zalecane przez Weila, polegające na systematycznych wstrzykiwaniach »hemostylu« kilka razy miesięcznie przez przeciąg kilka miesięcy, by sprowadzić zmianę krzepnienia krwi; prócz tego leczenia zapobiegawczego zaleca wstrzykiwania podskórne 5% wody peptonowej, tudzież przetoczenie krwi, w zmianach wydzielania gruczołu tarczowego odpowiednie przetwory narządoleczniczе (hematotyroidyna).

Petit. **O wypełnieniach.** Krótkie uwagi praktyczne wykonaniu wypełnień, przeznaczone dla początkujących, a dotyczące głównie plomb plastycznych: cementowych i amalgamowych.

Jacques. **Podostre zapalenie kości i okostnej szczęki górnej pochodzenia zębowego.** W szeregu studjów nad patologją szczęk zajmuje się autor podostrem zapaleniem kości i okostnej, szczególnie w szczęce górnej, wychodząc z założenia, iż patologja obu szczęk, górnej i dolnej, znacznie się różni. Przykładem jest fakt, iż nawet rozległe obrażenia szczęki górnej goją się zupełnie zadowalniająco, podczas gdy obrażenia szczęki dolnej łączą się często z powikłaniami miejscowemi lub odległemi. Autor spostrzegał częstokroć obraz chorobowy zapalenia szczęki górnej, stanowiący przejściową postać między torbielą korzeniową, do której jest zbliżona przebiegiem klinicznym a ostrem zapaleniem szczęki, od którego się różni podostrym przebiegiem. Wywody swoje ilustruje pięcioma historjami chorób i definiuje opisywane schorzenie anatomicznie, jako obrzęk zapalny przewlekły okostnej szczęki, połączony z martwicą kości, tudzież nowowytwarzaniem kości. Przyczynę stanowią zęby zakażone drobnoustrojami o osłabionej jadowitości. Leczenie operacyjne z wyjęciem zęba lub odcięciem wierzchołka.

Allerhand (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Łuckie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18. sierpnia 1922.
(Dokończenie).

IV. Rośliny wpływające na wydzielanie potu: a) napotne, bez pospolity (*sambucus nigra*), łopian większy (*lappa major*), fiołek trójbarwny (*viola tricolor*), lipa pospolita (*lilia cordata*), malina właściwa (*rubus idaeus*), rumianek pospolity (*matricoria chamomilla*), dymnica lekarska (*fumarea officinalis*; b) przeciwpotne: szałwia lekarska (*salvia officinalis*).

V. Rośliny, działające na narządy moczopłciowe: a) moczopędne: dynia zwyczajna (*cucurbita pepo*), arbuz zwyczajny (*citrullus vulgaris*), brzoza biała (*betula alba*), perz pszenica (*triticum repeus*), kukurydza zbożowa (*zer mays*), fiołek trójbarwny (*viola tricolor*), łopian większy (*lappa major*), bez pospolity (*sambucus nigra*), fasola pospolita (*phaseolus vulgaris*), skrzyp polny (*equisetum arvense*), koper ogrodowy (*anettum graveolens*), pietruszka domowa (*petroselinum sativum*), mącznica garbarska (*arctostaphylos uva ursi*), połonicznik gładzi (*herniarnia glabra*), prosia nawłoć pospolita (*solidago virga aurea*), b) rośliny, przyspieszające regularność: komosa mierzliwa (*chenopodium Vulvaria*), starzec pospolity (*senecio vulgaris*).

VI. Rośliny używane przy chorobach nerwowych: kozłek lekarski (*valeriana officinalis*), arcydzięgel kartuzów (*archangelica officinalis*), bylica pospolita (*artemisia vulgaris*), chmiel pospolity (*humulus lupulus*), kokornik powojowaty (*arystolochia clematitis*).

VII. Rośliny o działaniu leczniczem na skórę: żywokost lekarski (*symphytum officinale*), nostrzyk lekarski (*melilotus offinalis*), len pospolity (*linum usitatissimum*), gorczyca biała (*sinapis alba*), chrzan siewny (*cochlearia armoracia*), pokrzywa pazgu (*urtica urens*), powojnik prosty (*clematis erecta*), kasztanowiec pospolity (*aesculus hippocastanum*).

VIII. Grupa zbiorowa: borówka czernica (*vaccinium myrtillus*), przy cukrzycy, łuszczycy, wyprysku, borówka wiecznozielona brusznica (*vaccinium vitis idea*), przy skazie moczanowej, wierzbówka błotna (*filipendula ulmaria*) przy gośćcu stawowym bylica piołun (*artemisia absyntnim*), przy zimnicy, głóg zwyczajny (*crataegus oxycanta*) własności przeciwgorączkowe fiołek trójbarwny (*viola tricolor*), w przypadkach raka niepodlegającego operacji, oman pospolity (*inula helenium*), przy zimnicy, gruźlicy, działanie przeciwgnilne, turzyca piaskowa (*carex arenaria*) działanie zbliżone do działania sarsaparilli, czeremcha (*prunus padus*) przy nieżytach spojówki.

W dyskusji: gość p. Aleksander Prusiewicz pokazał popularną książkę »Planta«. — Ważniejsze rośliny lecznicze, dziko rosnące i uprawne w Polsce — przytoczył, co następuje: W dawnych czasach zioła lekarskie były jedynemi środkami leczniczemi; od XII. wieku w Polsce hodowano specjalne ogrody roślin lekarskich; w początku XV. w. ukazały się zielniki pisane; następnie, w połowie XVI. w. wystąpił cały szereg polskich uczonych, jak Janston Falimierz, Marcin z Urzędowa, a w końcu XVIII. w. Szymon Serenjusty z bardzo poważnemi dziełami, traktującemi o ziołach. Nowsze piśmiennictwo z początku XIX. w. dało wiele cennych prac, jak prace Kluka, Bessera. Zaś praktyczna uprawa roślin lekarskich coraz więcej upadała, zamiast własnych — sprowadzano z Niemiec, na czem Polska traciła miljony, a bogactwo naturalne marniało. Dla podniesienia krajowej produkcji ziół, w interesie własnym,

powstały Towarzystwa »Planta« w Warszawie, »Flora« w Poznaniu, które zlały się w jedno z oddziałami w Brześciu-Litew., Pińsku, Wilnie, Lwowie i Krakowie. Kol. B. Bejlin wyraził przypuszczenie, że referat ma na celu pobudzenie gospodarstw rolnych do kultywowania roślin lekarskich i wyraził ubolewanie, że na odczyt nie zostali zaproszeni aptekarze.

Kol. Miłaszewski, podnosząc wielkie znaczenie i solidne opracowanie referatu, wskazał na konieczność pewnych uzupełnień, dotyczących charakterystyki roślin, morfologicznych danych oraz dokładniejszego podania wskazówek, jakie części roślin należy używać przy preparowaniu lekarstw i wreszcie kiedy rośliny winny być zbierane. Przechodząc do poszczególnych punktów, zauważył, że w referacie opuszczono niektóre ważne w lecznictwie rośliny, jak np. ziemowit jesienny (*colchicum autumnale*), znakomicie działający przy dnie, starożytni nazywali go »*Anima articulorum*«, albo cebula zwyczajna, którą nazywają »karlsbadem ludowym«. Θ chrzanie zapomniano dodać, że prócz działania zewnętrznego ma zastosowanie wewnętrzne zwłaszcza przy skorbucie — *tinct. antiscorbutica s. raphani composita.* Kol. Abramski zachwalał na podstawie własnego doświadczenia miazgę z jagód kaliny (*viburnum opulus*), a także kąpiele z liści, przy leczeniu wyprysku u dzieci.

Kol. Kowalski zaważył, że wyciąg paproci samczej prócz działania przeciw tasiemcowi wywołuje leukocytozę neutrofilną, przy odpowiedniem zmniejszeniu eozynofilów i lymfocytów, jak to stwierdzili Grek i Reichenstejn (Gazeta lek. 1910).

Kol. Wojnicz co do jaskółczego ziela dodał, że w ostatnim dziesiątku ubiegłego stulecia rosyjscy lekarze zachwalali skuteczność działania tego środka przy raku. U nas stwierdził to kol. Pękosławski, lecz kol. Stefan Kossobudzki zupełnie się rozczarował co do tego leku, jsk to opisał w »Medycynie« 1898 r. Nr. 4. Również należy wziąć pod uwagę, że u nas w wielkiem użyciu jest jagoda poziomki, jako środek leczniczy w cierpieniach przewodu pokarmowego (wady trawienia). Niektórzy zachwalają także djetę owsianą przy cukrzycy np. Noorden, Archipow i Westenrijk. »W sprawie leczenia owsianą mąką« (Wien. klin. Wochenschr. 1908 Nr. 36.). Co do kurzego ziela (*potentilla termen illa*) zauważył z własnego doświadczenia, iż jestto środek bezwątpienia skuteczny przy wpuszczających biegunkach u dzieci (używa się odwar). Na zakończenie kol. Dolner zaznaczył, że szeregi naszych botaników ojczystych, prócz wymienionych przez A. Prusiewicza, zdobią jeszcze takie imiona, jak Jakób Waga, Józef Jundziłł, Raciborski, Jakób Sobkiewicz, J. Paczoski, Montrezor, Józef Rostafiński i inni, z dzieł których prelegent korzystał, zbierając zioła lecznicze. W odpowiedzi kol. Miłaszewskiemu prelegent wyjaśnił, że umyślnie nie obarczał swego odczytu danemi ściśle botanicznemi albo farmacetycznemi, żeby nie powiększać i tak obfitej treści, chociaż głównych wskazówek praktycznych nie pomijał. Co się tyczy *colchicum autumnale*, to roślina ta na Wołynia dziko nie rośnie, podobnie także cebula.

O jagodzie poziomki, wspominanej przez kol. Wojnicza, zauważył, że się używa z dobrym rezultatem przy skazie moczanowej (Linneusz, Wasiljew, Chrząszczewski i inni), a opuścił ją przez zapomnienie. Dobre działanie ziela kurzego przy nieżytach jelit w zupełności potwierdza. Obecnie celem prelegenta jest zwrócenie uwagi lekarzy, że na Wołyniu wielka ilość ziół lekarskich rośnie dziko całemi łanami, jak np.: *Polygonum hydropiper, Erythrea centaurium. Sennecio vulgaris, Valleriana officinalis, Digitalis ambigua, Solidago virgo aurea* i t. d.

Prezes: *Fr. Miłaszewski*. Sekretarz: *A. Wojnicz*.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 26. września 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Niewiński Wł. przedstawił z oddziału Wł. Starkiewicza a) przypadek **zapalenia zniekształtniającego kręgosłupa** (*spondylosis rhizomelica*) w bardzo silnym stopniu rozwoju, z zajęciem stawów barkowych i biodrowych. Prześwietlanie wykazało silne odwapnienie trzonów kręgowych i skostnienie więzadeł międzykręgowych. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. N. zalicza spostrzeżenie to do postaci mieszanych *spondylosis rhizomelica* (Strümpell-Marie-Bechterew);

b) przypadek **kiły narządów wewnętrznych**, mianowicie płuc oraz przypuszczalnie nerek. Chory lat 34 przybył na oddział w stanie wyniszczenia z kaszlem, puchliną wydatną kończyn dolnych. W płucu prawem stwierdzono rozległe zmiany opukowe oraz liczne rzężenia wilgotne dźwięczne i oddech nieokreślony. Wielokrotne badanie plwociny na prątki Kocha — ujemne. Serce bez zmian wyraźnych. Śledziona niewyczuwalna, wątroba miernie powiększona. W moczu — ilość dobowa około 1½ litra, c. gat. 1010—1005, białka 8‰, w osadzie liczne wałki ziarniste i szkliste oraz komórki nerkowe przy braku krążków czerwonych. Ciepłota poza jednodniowem wzniesieniem do 37.8 przez cały czas prawidłowa. Próba Wassermanna wybitnie dodatnia (++++). Rozpoczęto oględne leczenie specyficzne jodkiem potasu w dawkach średnich wraz z jednoczesnem wcieraniem szaruchy. Wynik leczenia był w wysokim stopniu pomyślny. Zmiany płucne wysłuchowe szybko poprawiły się i obecnie chory prawie wcale niema rzężeń wilgotnych, pozostało jedynie stępienie opukowe z oddechem zaostrzonym. Ilość białka spadła do 0,5‰ ostatnio ponownie podniosła się. Puchlina kończyn zniknęła. Stan ogólny wybitnie się poprawił, waga ciała mimo zniknięcia obrzęków wzrosła. Ciśnienie krwi według Riva-Rocci'ego raczej nizkie; zawartość mocznika we krwi w granicach normy (0.4 na litr). Wydalanie chlorków dostateczne. Próba wodna i koncentracyjna wypadły pomyślnie. Taki wynik leczenia swoistego przemawia nader silnie za przypuszczeniem natury kiłowego cierpienia płucnego i każe podobnie wnioskować odnośnie do istoty cierpienia nerek chorego. Według Munka nefropatja kiłowa sprowadza się do wysoce typowego obrazu mniej lub więcej ciężkiej nefrozy z ogólną charakterystyczną jej symptomatologją: obrzękami, oligurją, wysokim ciężarem gatunkowym moczu, dużą zawartością białka, brakiem krwi w moczu. Munk dodaje jeszcze jedną cechę charakterystyczną dla nefroz wogóle, a nefrozy kiłowej w szczególności, mianowicie obfitą ilość lipoidów w osadzie, stwierdzaną za pomocą mikroskopu opatrzonego przyrządem polaryzacyjnym. Przypadek przedstawiany zaliczyćby należało do postaci nefropatji mieszanej o cechach pod wieloma względami właściwych nefrozie z jednoczesną wszakże domieszką objawów, świadczących o tendencji ku sprawie marskiej.

W dyskusji Szokalski uważa pokaz chorego ze zmianami w płucach za ciekawy i ważny ze względu na rzadkość kiły płuc. Francuscy autorowie stwierdzają, że kiłę płuc bardzo rzadko się spostrzega. Systematyczne badanie płuc promieniami X. w znacznym stopniu ułatwia rozpoznanie kiły płuc, jak to przeprowadzano w jednym ze szpitali paryskich.

Trzciński w drugim okresie kiły spostrzegał u chorych duże ilości białka do 10‰ obrzęki, przesięki, brak krwi w moczu, niewielką ilość wałków. Powyższe objawy pozwalają, zdaniem Trzcińskiego na rozpoznanie zapalenia nerek pochodzeniu kiłowego ze znacznem prawdopodobieństwem. Prof. A. Gluziński wspomina, że przed kilku miesiącami przedstawił zdjęcia roentgenowskie, wykazujące znaczne zmiany w płucach, które pod wpływem leczenia przeciwkiłowego następnie znikały, jak to wykazały powtórne zdjęcia. W swoich rozpoznaniach prof. G. opierał się na zmianach spostrzeganych w innych narządach wewnętrznych. Prof. G. zawsze stwierdzał u takich chorych dużą wątrobę i dużą śledzionę. Co się tyczy nerek, to trzeba odróżniać zmiany w drugorzędnej kile i trzeciorzędnej. Rozpoznanie zapalenia nerek kiłowego, według prof. G., nie może się opierać na tych cechach, o jakich wspominał Trzciński, gdyż i w innych stanach chorobowych będą te same objawy nefrozy. W trzeciorzędnej kile przeważają zmiany naczyniowe w nerkach, mamy obraz wczesnej sklerozy, a mianowicie nizki ciężar gatunkowy, niewielką ilość białka, niewielkie obrzęki. Starkiewicz Wł. wyjaśnia, że postanowił przedstawić omawianego chorego, aby zwrócić uwagę na zmiany kiłowe w nerkach, trudne do rozpoznania z braku cech charakterystycznych — braku obrazu klinicznego. S. przypuszcza, iż uda się ustalić obraz kliniczny zapalenia kiłowego nerek, o ile będzie się zwracało większą uwagę na nerki.

2. Elektorowicz z klin'ki prof. Gluzińskiego przedstawił **zdjęcia roentgenowskje ruchomej wątroby**. Cała wątroba została przesunięta na lewo, a z prawej strony pod przeponą wchodziła okrężnica. U chorej klinicznie i na rentgenogramie stwierdzono wrzód żołądka.

W dyskusji Szczepański zaznacza, że wspólnie z kol. Sabatem we Lwowie spostrzegali 8 przypadków ruchomej wątroby i to u mężczyzn. Chorzy ci skarżyli się na przypadłości żołądkowe z objawami zwężenia odźwiernika, uporczywe zaparcia stolca. Jelito grube było długie, wiotkie na długiej krezce. Klinicznie stwierdzali brak stłumienia w okolicy wątroby. W czasie, kiedy jeszcze nie stosowano promieni X. Vierfelder ogłosił 9 przypadków z ruchomą wątrobą. Sabat pokazuje klisze rentgenowskie spostrzeganych we Lwowie 8 przypadków ruchomej wątroby i zaznacza, że we wszystkich 8 przypadkach stwierdzono wrzód żołądka. Ruchomość wątroby powoduje powstawanie wrzodu żołądka. Grudziński wyjaśnia, że omawiane przypadki spotyka się dość często i że są wyodrębnione 3 postacie: 1) postać, kiedy grube jelito układa się ponad całą wątrobą; 2) postać, kiedy jelito zajmuje ponad wątrobą część przestrzeni i 3) postać, kiedy grube jelito układa się z boku wątroby. Najczęściej ruchoma wątroba nie dawała żadnych objawów klinicznych i tylko przypadkowo można było to stwierdzić. W większości przypadków dotyczyło to osobników z objawami charłactwa. Prof. Gluziński podkreśla, że obraz ruchomej wątroby ze współistniejącemi objawami zmusza nas do zastanowienia się, wskutek jakich przyczyn wątroba staje się ruchomą. Sprawa ruchomej wątroby stoi w związku z ogólnym stanem astenicznym Stillera. Długa krezka wszystkich jelit daje obraz kliniczny choroby Glenarda, tu znowu powstają wrzody żołądka. Ten zespół objawów choroby Glenarda i wrzodu żołądka potwierdza teorję powstawania wrzodów żołądka Edwarda Zielińskiego. Zbiory Czarneckiego wykazują rodzinne przypadki omawianych cierpień. Wiotkość więzadeł wątroby, szczególniej *ligamentum teres*, opadnięcie trzew, zwiotczenie ścian brzusznych pozwala na opadnięcie wątroby i przesunięcie jej na lewo.

3. Z. Michalski wygłosił rzecz p. t.: **„Cholesteryna a gruźlica płuc"**. (Rzecz przeznaczona do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji prof. Rzętkowski zaznacza, że badanie przemiany cholesterynowej w organiźmie jest utrudnione, gdyż nie wiadomo, jaki udział biorą w tej przemianie główne składy: nadnercze i mózg. Ludzie chorzy na gruźlicę tracą dużo cholesteryny w plwocinie, zmniejsza się jej ilość w nadnerczach, we krwi. Prawdopodobnie jad gruźliczy oddziaływa na system współczulny. Główne składy cholesteryny, nadnercza i mózg, ulegają zuburzeniu, które ilościowo wzrasta. Nasuwa się dużo zagadnień teoretycznych i wskazówek leczniczych. Może za pomocą cholesteryny uda się wpłynąć na odporność tkanek. Prof. Gluziński wspomina, że przed 10 laty podawał cholesterynę w stanach niedokrwistości, jednak bez wyniku.

Zabierała jeszcze głos Wojnarowska.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Sprawy zawodowe.

W sprawie stosowania do dentystów ustawy opłacania podatku od przedmiotów zbytku.

Ostrzeżenie: Wydział Izby Lekarskiej Wschodniej Małopolski ostrzega Kolegów, zajmujących się dentystyką, by wobec poczynienia starań o zniesienie mylnego stosowania ustawy o 10 % opłacie stemplowej od przedmiotów zbytku do dentystów, wykonujących dostawki zębowe z metali szlachetnych, nie stosowali się do wezwania Urzędu wymiaru należytości we Lwowie L. 25178/22 z 15.10 1922. ksiąg, przepisanych jedynie dla Kupców, a nie dla lekarzy, nie prowadzili odnośnych rachunków i chorym, otrzymującym dostawki, ich nie wręczali, uważając dostawki zębowe za konieczność zdrowotną, a nie za przedmiot zbytku. Lwów, 2.11 1922. Za Wydział Izby lekarskiej Wschodniej Małopolski Prezydent *Dr. Papée.* m. p..

Kurs epidemjologiczny dla lekarzy sanitarnych.

Kurs epidemjologiczny dla lekarzy sanitarnych, urządzony na podstawie uchwały Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej Warszawskiej (20—26 marzec 1922 roku), odbędzie się w Warszawie.

Początek kursu 20 listopada 1922 roku. Koniec około 10 grudnia 1922 roku. Program kursu przedstawia się, jak następuje.

I. Stan epidemjologiczny Polski, Rumunji i Rosji; wykładający: Dr. Szymanowski, prof. Contacuzeme, prof. Tarasiewicz.

II. a) Metodyka ankiet epidemicznych, prof. Abel (Jena)
b) Statystyka Sanitarna, Dr. Ciągliński.
c) Prawodawstwo Sanitarne, Dr. Palester.

III. Zwalczanie epidemij w strefie sanitarnej ochronnej i tłumienie ognisk w głębi kraju, Dr. Lewit.

Kąpielnictwo, dezynfekcja i dezynsekcja ze strony technicznej, inż. Kamler.

Szczepionki ochronne, Dr. Sierakowski.

IV. Konwencje sanitarne międzynarodowe, Dr. Sęczyc.

V. Bakterjologja i odkażania, Dr. Brunner.

VI. Klinika i etjologja chorób zakaźnych (dur osutkowy powrotny, brzuszny, rzekomy; czerwonka, cholera, ospa), Dr. L. Karwacki i Dr. S. Sterling — Okuniewski.

VII. Higjena wody i asanizacja, prof. Dzierzgowski.

VIII. Zasady propagandy sanitarnej, Dr. Gromski.

Wykłady będą się odbywały codziennie od godz. 9-tej do 1-szej w Centralnym Instytucie Epidemjologicznym Min. Zdrowia Publ. (Chocimska 2) z wyjątkiem sobót, przeznaczonych na wycieczki. Godziny popołudniowe będą przeznaczone na ćwiczenia praktyczne oraz na studja w bibljotece zakładu. Słuchaczy przydziela Ministerstwo Zdrowia Publ. z pośród lekarzy, pełniących służbę w N. N K., oraz Ministerstwo Spraw Wojskowych z pośród lekarzy, przeznaczonych do służby higjenicznej.

Od Redakcji. PP. Autorów uprzejmie upraszamy o możliwie odwrotne odsyłanie korekt wraz z rękopisami. Wydawnictwo naszego pisma udziela **bezpłatnie** 25 odbitek **nielamanych, za łamane płaci** się według rachunku drukarni.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Redakcja krakowska »Polsk. Gaz. lek.« otrzymała od dra F. Lenarta z Chicago drugi z rzędu list w sprawie pouczania świata lekarskiego Ameryki o ruchu naukowym i postępach wiedzy lekarskiej w Polsce. List ten nacechowany gorącą miłością ojczyzny i chęcią służenia jej w miarę możności, nawet na obczyźnie, przez zaznajamianie świata lekarskiego Ameryki z postępem nauki lekarskiej polskiej zasługuje ze wszech miar na szczere uznanie. Autor listu ubolewa, że w czasopismach lekarskich amerykańskich nie ma żadnych sprawozdań o ruchu naukowym lekarskim w Polsce, gdy nie brak ścisłych i obfitych sprawozdań z Paryża, Londynu, Berlina a nawet z Pragi i Belgradu. Redaktor poczytnego pisma lekarskiego »American Medical Association Journal« nie wiedział do niedawna, że istnieje »Polska Gazeta lekarska« a zamieszczałby chętnie krótkie streszczenia prac polskich, gdyby znaleźli się chętni sprawozdawcy. Umieszczanie nielicznych artykułów o sprawach lekarskich polskich, zamieszczanych ostatnio w »A. M. A. Journal« zawdzięczać należy samemu autorowi listu. To, zdaniem Dra F. Lenarta, nie wystarcza. Wiadomości o nauce lekarskiej polskiej nie powinny być przygodne i urywkowe, ale stałe i pisane z tą myślą, ze dorobek nasz naukowy nie powinien pozostać w ukryciu. Uskutecznić to, zdaniem Dra F. Lenarta, łatwo, należałoby tylko na ręce kogoś upoważnionego przesyłać godne ogłoszenia wiadomości z Polski i nadsyłać stale pisma lekarskie polskie, w szczególności »Polską Gazetę lekarską,« odzwierciedlająca znaczną część ruchu naukowego lekarskiego.

Uwagi te, jako słuszne, podajemy w streszczeniu do wiadomości ogółu Kolegów a autorowi listu szczerze dziękujemy za jego starania i nieugięte dążenia do wprowadzenia w czyn myśli dla nauki lekarskiej polskiej na prawdę pożytecznej.

L.

Lublin.

W sprawie wyborów do Rady Izby lekarskiej lubelskiej, obejmującej obszar województw lubelskiego, wołyńskiego i poleskiego, odbyło się zebranie przedwyborcze. Ustalono, że do Rady Izby lekarskiej w Lublinie wejdzie 25 członków t. j. 13 z województwa lubelskiego, 7 z w. wołyńskiego i 5 z w. poleskiego. W liczbie tej 25 będzie 4 lekarzy wojskowych.

Lwów.

Towarzystwo higjeniczne uchwaliło urządzić w zimowym sezonie szereg wykładów publicznych z zakresu higjeny. Wykłady rozpoczną się w grudniu.

»Przyroda i technika«, czasopismo popularno-naukowe rozpoczęło wychodzić z dniem 1 z. m. Nowe czasopismo wydawane jest staraniem Pol. Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika (Kraków, Lwów, Poznań, Warszawa, Wilno) oraz »Książnicy Polskiej T. N. S. W.« (Lwów Warszawa) przy wydatnej subwencji Ministerstwa W. R. i O. P. Redakcję pisma objął dr. Benedykt Fuliński, prof. politechniki lwowskiej. Adres Administracji »Książnica polska« T. N. S. W. Lwów, Czarnieckiego 12.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXII. i XXXIII. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek 17 listopada o godz. 6-ej wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego l. 5.

Program: Referaty z zakresu rentgenologji:

1. Kol. Nowicki: Wpływ promieni Roentgena na biologję i histologję nowotworów złośliwych.
2. Kol. Chania: Zasadnicze wiadomości z techniki i teorji naświetlania nowotworów złośliwych.
3. Kol. Meisels: Zasady leczenia nowotworów złośliwych promieniami Roentgena.
4. Kol. Bocheński: Wyniki w naświetlaniu raka macicy promieniami Roentgena.
5. Kol. Vrabetz: Leczenie schorzeń ginekologicznych niezłośliwych promieniami. *Franke* prezes, *Kmietowicz,* sekr.

Ze świata.

Nagrodę Nobla za rok 1921 uchwaliła szwecka Akademja udzielić prof. Albertowi Einsteinowi za zasługi naukowe na polu fizyki, głównie za prace matematyczne i astronomiczne. Einstein jest, jak wiadomo, twórcą teorji względności i zasłużonym badaczem działań foto-elektrycznych. W dziale chemji otrzymał nagrodę Nobla prof. Loddy, anglik, asystent znanego badacza radjum Ruthenfordsa.

Zmarli.

Dr. Stanisław Przybylski b. długoletni asystent początkowo kliniki chirurgicznej później, kliniki ginekologicznej U. J. w Krakowie, zmarł w dn. 17. X. 1922 r. w 48 roku życia w Łodzi. Zwłoki złożono w dn. 20. X. w grobowcu rodzinnym w Krakowie. Nad trumną przedwcześnie zmarłego Kolegi przemówił prof. Rosner i w gorącem i szczerem wspomnieniu pośmiertnem podniósł wyjątkową i rzadką prawość charakteru Zmarłego, Jego wyjątkowe zalety, czy to jako asystenta, czy też jako lekarza odbywającego służbę wojskową, Jego wysokie poczucie artystyczne, objawiające się zawsze i stale we wszystkich poczynaniach życiowych, poczucie głębokie i etyki lekarskiej zarazem, tej etyki, która nakazywała zawsze wszystkim wysoką cześć dla Zmarłego. To wysokie poczucie artystyczne w łączności z głęboką etyką było jedną z najznamienniejszych cech charakteru ś. p. S. Przybylskiego, było Jego cenną zaletą, niejednokrotnie także źródłem przejść bolesnych.

Imieniem kolegów pożegnał Zmarłego Dr. B. Woyciechowski.